

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

CHRONISCHE MÜDIGKEIT

Tagesmüdigkeit – chronic-fatigue-syndrome – abnorme Tagesschläfrigkeit – extreme Müdigkeit – rasche Erschöpfbarkeit – rasche Ermüdbarkeit – Müdigkeit bei Fibromyalgie – Müdigkeit bei multipler chemischer Sensitivität – u.a.

Anhang: Fibromyalgie – Multiple chemische Sensitivität (MCS) – Umweltkrankheit – umweltbezogene Gesundheitsstörung – Öko-Syndrom – idiopathische umweltbedingte Intoleranz (IEI) – Colon irritabile – Reiz-Kolon – Reiz-Darm u.a.

Es ist ein Unterschied, ob man sich von einer „gesunden Müdigkeit“ wieder angemessen erholen kann oder durch eine „krankhafte Müdigkeit“ langfristig und ohne Aussicht auf Regeneration ausgehöhlt zu werden droht. Denn eine solche „Regenerations-Unfähigkeit“ hat nicht nur körperliche, sondern auch seelische, geistige und vor allem psychosoziale Konsequenzen im Alltag von Partnerschaft, Familie, Beruf, ja Nachbarschaft, Freundeskreis u.a.

Und diese abnorme Tagesmüdigkeit (bei dazu noch mangelhafter nächtlicher Schlafqualität) nimmt offenbar zu. Schlagworte sind chronische Müdigkeit, abnorme Tagesschläfrigkeit, rasche Erschöpfbarkeit u.a. Und neuerdings auch weitere, schwer fassbare Beeinträchtigungen wie die Fibromyalgie, die umweltbezogene Krankheitsanfälligkeit, der Reizdarm usw. mit ihren eigenen zermürenden Symptomen, wobei man immer öfter die wissenschaftliche Schlussfolgerung hört: Im Grunde gehört eigentlich alles zusammen.

Was hat es also auf sich mit der chronischen Müdigkeit und den anderen Beschwerdebildern, die in den zuständigen Lehrbüchern nur randständig, vorsichtig und zurückhaltend gestreift werden, deren eigentliche Ursachen

offensichtlich noch nicht allseits bekannt, vor allem aber wissenschaftlich anerkannt sind, die therapeutisch vor große Probleme stellen – und doch eine wachsende Zahl von Betroffenen beeinträchtigen, behindern, ja quälen, und zwar nicht nur was Leistungsfähigkeit, sondern die gesamte Lebensqualität anbelangt. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu diesen aktuellen Störungen in unserer Zeit und Gesellschaft.

Erwähnte Fachbegriffe:

Chronische Müdigkeit – chronisches Müdigkeits-Syndrom - CFS – chronische „Erschöpfungskrankheit“ – Erschöpfbarkeit – chronic-fatigue-syndrome – abnorme Tagesschläfrigkeit – extreme Müdigkeit – rasche Erschöpfbarkeit – rasche Ermüdbarkeit – gesunde Müdigkeit – krankhafte Müdigkeit – körperliche Müdigkeitsempfindungen – seelische Müdigkeitsempfindungen – geistige Müdigkeitsempfindungen – Wetter, Klima und chronische Müdigkeit – Müdigkeit im Alter – wetter-bedingte Müdigkeit – klima-bedingte Müdigkeit – Schwüle, Hitze, Wetterfühligkeit – Burnout-Syndrom – chronische Müdigkeit durch internistische Erkrankungen – chronische Müdigkeit durch neurologische Erkrankungen – chronische Müdigkeit durch Arzneimittel – chronische Müdigkeit durch seelische Störungen – Depressionen – Neurose – Rauschdrogenkonsum – Alkoholismus – Medikamenten-Missbrauch – Persönlichkeitsstörungen – Psychose – Schizophrenie – schizoaffektive Psychose – Neurasthenie – „Nervenschwäche“ – atypische Poliomyelitis – „Iceland disease“ – „royal free disease“ – epidemische Neuromyasthenie – idiopathisches chronisches Erschöpfungs- und Myalgiesyndrom – epidemische myalgische Enzephalomyelitis – postvirales Syndrom – benigne myalgische Enzephalomyelitis – chronisches Mononukleosesyndrom – chronisch-infektiöse Mononukleose – chronisch-aktive Epstein-Barr-Virusinfektion – „Lake Tahoe disease“ – post-infektiöses chronisches Fatigue-Syndrom – idiopathisches chronisches Fatigue-Syndrom – neurasthenisch-somatisiertes chronisches Müdigkeits-Syndrom – postinfektiöses chronisches Müdigkeits-Syndrom – bakterielles Müdigkeits-Syndrom – virales Müdigkeits-Syndrom – myalgisches chronisches Müdigkeits-Syndrom – Herpes-Viren – Borrelien-Infektion – Chlamydien-Infektion – Fibromyalgie – psychogener Rheumatismus – tender points – Multiple chemische Sensitivität-MCS – Umweltkrankheit – umweltbezogene Gesundheitsstörung – Öko-Syndrom – Umwelterkrankung – Somatisierung – „Verkörperlichung“ – Colon irritabile – Reiz-Kolon – Reiz-Darm – somatoforme autonome Funktionsstörung – Motilitäts-Störung – Vorbeugung – Diagnose – Therapie – Psychotherapie – Soziotherapie – Selbstmanagement – Physiotherapie – Pharmakotherapie – Pflanzenheilmittel – Naturheilverfahren – Ernährungsumstellung – Bewegungstherapie – Entspannungstechniken – physikalische Behandlungsmaßnahmen – Selbsthilfegruppen – u.a.m.

Müde, matt und abgeschlagen, wer kennt das nicht. Aber meist aus guten Grund, nachvollziehbar, erklärbar – und vor allem behebbar: durch Schlaf und gezielte Erholung. Die „normale Müdigkeit“ ist also keine Krankheit, auch kein Symptom. Sie kann aber durchaus ein Krankheitszeichen sein, und zwar Begleit- oder gar Hauptsymptom zahlreicher körperlicher und seelischer Erkrankungen. Das Spektrum reicht von harmlosen Befindlichkeitsstörungen bis zu unheilbaren Leiden, z. B. Krebs. Also machen sich immer mehr Menschen Gedanken, ob ihre Müdigkeit noch normal sei – oder bereits ein Hinweis, ein Vorposten-Symptom, vielleicht sogar ein Warn- oder Alarmsignal, wenn nicht gar Teil einer ersten Erkrankung.

Und da sich immer mehr Menschen als „müde, matt und abgeschlagen“, einige sogar als „erholungsunfähig“ bezeichnen, geistert dieses Thema unaufhörlich durch die Medien und ist auch dauerhafter Gesprächsstoff geworden. Mit oder ohne ernste Ursache, das gilt es zu klären, und zwar erst durch jeden Einzelnen selber, dann durch Haus-, schließlich Spezialarzt. Doch der Betroffene, seine Angehörigen, Freunde oder Bekannten, Arbeitskollegen oder Nachbarn, die er in sein Problem einbezieht, die müssen sich erst einmal informieren, was Müdigkeit im Allgemeinen und Müdigkeit als Krankheitshinweis im Speziellen heißt. Und das ist gar nicht einfach, obgleich es doch ein alltägliches, ein ganz natürliches, ja sogar unverzichtbares Phänomen ist. Übrigens auch nicht einfach für die Wissenschaft, wie nachfolgend deutlich werden wird.

Zuerst aber die Frage:

MÜDIGKEIT – WAS IST DAS?

Müdigkeit mag zwar lästig sein, vor allem wenn sie nicht nur nachts zum Schlaf verhilft, sondern immer häufiger den Tag überschattet. Doch Müdigkeit gehört zur biologischen Grundlage des Lebens, ist sogar ein lebens-erhaltendes Phänomen, ähnlich wie andere physiologische, also normal funktionierende Regulationsmechanismen wie Hunger oder Durst, ja sogar der akut warnende Schmerz (der chronische Schmerz hat ja seinen Warn-Charakter verloren, ist nur noch sinnlose Qual). Deshalb soll und kann man Müdigkeit nicht vermeiden, ist sie doch ein wichtiger Verlaufs- oder Leistungsanzeiger (Fachbegriff: Indikator) zur Frage: Wann ist eine Ruhepause nötig, um den Organismus vor Erschöpfung und Zusammenbruch zu schützen?

Mit anderen Worten: Müdigkeit ist auch ein Schutz- oder Abwehrmechanismus gegen Überforderung auf jeglicher Ebene, der mithilft, das körperliche, seelische und geistige Gleichgewicht zu bewahren.

Ein plastisches Bild schildert dieses Phänomen wie folgt:

Müdigkeitsgefühle fließen gleichsam im Tagesablauf in ein Becken, wobei der Müdigkeits-Fluss verursacht bzw. beeinflusst wird durch die Intensität oder Dauer der körperlichen oder geistigen Arbeit, durch Monotonie, Umgebung (Klima, Licht, Lärm), seelische und psychosoziale Ursachen (Sorgen, Verantwortung, Konflikte), durch zusätzliche Stress-Faktoren, Ernährung, im Extremfall sogar Krankheit und Schmerz. So füllt sich das Becken mit Müdigkeitsgefühlen bis zu jenem Zeitpunkt, wo sich der Mensch zur Ruhe legt. Und diese Ruhe ist sozusagen das Abflussrohr, durch das die Müdigkeitsgefühle dann wieder abfließen können, bis ein neuer Tag beginnt und sich der gleiche Zyklus wiederholt (nach E. Grandjean).

Diese mehr bildhafte Definition der Müdigkeit entspricht dem, was der gesunde Mensch tagaus und tagein ansammelt und abends durch ergiebigen Schlaf wieder neutralisieren kann. Diese Art von Müdigkeit wird demnach auch als angenehm empfunden.

Anders bei der *krankhaften Müdigkeit*, wie sie beispielsweise durch körperliche und seelische Störungen hervorgerufen werden kann. Deshalb versuchte man schon vor einigen Jahrzehnten, ansatzweise bereits im 19. Jahrhundert charakteristische Müdigkeits-Profile von Gesunden und Kranken zu erarbeiten und vor allem herauszufinden, was für die beiden Gruppen spezifisch sein könnte. Und siehe, es gibt tatsächlich Unterschiede, und zwar nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, also nicht nur im Ausmaß, sondern auch in der Art der Müdigkeit bzw. auf den einfachsten Nenner gebracht:

- angenehme Müdigkeit des Gesunden
- lästige bis qualvolle Müdigkeit des Erkrankten.

Gesunde Müdigkeit – krankhafte Müdigkeit

Als Erstes fand man heraus, dass man die Müdigkeit unterteilen kann, und zwar in physische (körperliche), affektive (gemütsmäßige) und kognitive (geistig-intellektuelle) Müdigkeit.

So ließen sich beispielsweise folgende Themen und Kategorien der Müdigkeit bei **Gesunden** erfragen:

- *Körperliche Müdigkeitsempfindungen* (am häufigsten geäußert, rund zwei Drittel): müde nach der Arbeit; müde als Normalität im Tagesablauf; müde nach körperlicher Anstrengung; müde als angenehmes Gefühl; müde als Wunsch, sich niederzulegen, auszuruhen, Stille zu haben, langsamer werden zu dürfen; müde als schwere Glieder, Beine und Augenlider; müde, d.h. sich erschöpft, ausgepowert fühlen bis „ich kann nicht mehr“ u.a.
- *Gemütsmäßige Müdigkeitsempfindungen* (etwa von jedem Fünften angeführt): müde als Verlust von Energie und Interesse; müde als Wunsch, sich

zurückzuziehen und Problemen auszuweichen; müde, in dem man ungeduldig wird, sich rasch irritiert, vielleicht sogar deprimiert fühlt (also resigniert-niedergeschlagen, nicht aber krankhaft depressiv) u.a.

- *Geistige Müdigkeitsempfindungen* (etwa jeder Vierte): müde als Merk- und Konzentrationsschwäche, als Vergesslichkeit, zumindest aber verminderte Aufmerksamkeit; müde, indem man nur mühsam die notwendigen Worte findet, nur beschwerlich sprechen, denken, schlussfolgern kann, das heißt: Gedanken gehen im Kopf herum, aber man kommt auf keine guten Entscheidungen; müde als Wunsch, abzuschalten bis hin zur „geistigen Schläfrigkeit“ u.a.

Bei der Untersuchung mit gleichem Befragungs-Schema von körperlich Kranken, z. . mit Krebs-Leiden, ergab sich grundsätzlich die gleiche Einteilung in körperliche, gemütsmäßige und geistige Müdigkeit. Allerdings mit anderer qualitativer Wertung.

So äußerten beispielsweise Krebs-Kranke folgende Beeinträchtigungen:

- *Körperliche Müdigkeitsempfindungen* (rund zwei Drittel): reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, ja Schwäche bis Kraftlosigkeit; unübliches vermehrtes Ruhebedürfnis, Müdigkeitsgefühl und schließlich Schlafbedürfnis u.a.
- *Gemütsmäßige Müdigkeitsempfindungen* (etwa jeder Dritte): kein Kampfgeist; keine Energie; verminderte Motivation; ja Angst und Traurigkeit u.a.
- *Geistige Müdigkeitsempfindungen* (mehr als jeder Zehnte): einen „müden Kopf“ haben; nicht durch Schlaf wieder geistig auf die Beine zu kommen; Probleme im Denken; vor allem aber ungewöhnlich lange und damit auch gemütsmäßig niederdrückende Merk- und Konzentrationsstörungen mit entsprechendem Teufelskreis u.a.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Gesunden und (Krebs-)Kranken liegt offensichtlich darin, dass Letztere ihre Müdigkeit eher als Mattigkeit, Schwäche, dauernde Abgeschlagenheit bezeichnen, im Gegensatz zu den Gesunden, die sogar von einer wohltuenden Müdigkeit sprechen dürfen, weil sie ihnen auch über Nacht wieder genommen wird. Dagegen ist die Müdigkeit der Kranken eine zermürende Mischung aus ständiger Übermüdung mit Schlafbedürfnis (ohne erquickenden Effekt), mit rascher Ermattung, Schwunglosigkeit, Abspannung, bis hin zu den seelischen psychosozialen Zusatzfolgen im Sinne von Entschlusslosigkeit, Schwunglosigkeit, Willenlosigkeit, Unentschlossenheit. Kurz: Verfall aller seelischen, geistigen und körperlichen Kräfte.

Also lauten die wissenschaftlichen Definitions-Versuche:

- Müdigkeit bei Gesunden ist ein subjektives Gefühl mit zirkadianem Rhythmus (24-Stunden-Rhythmus, normalerweise identisch mit dem Tag-Nacht-Wechsel), das angenehm sein kann und sich in der Regel durch Ruhe beheben lässt.
- Müdigkeit bei Kranken (hier für Krebskranke definiert) ist ein subjektives Gefühl unüblicher Müdigkeit, das sich auf den Körper (physisch), die Gefühle (affektiv) und die geistigen Funktionen (mental) auswirkt, und das vor allem längere Zeit andauert und sich durch Ruhe und Schlaf nur unvollständig oder gar nicht beheben lässt.

CHRONISCHE MÜDIGKEIT DURCH EIGENES VERSCHULDEN

Das Thema dieses Beitrags, auch als kurzgefasste Übersicht, ist die chronische Müdigkeit. Nun ist es schon schwer, die einzelnen Fachbegriffe, die sich in den letzten Jahren in der Wissenschaft entwickelten, miteinander zu vergleichen. Wir vermeiden also eine längere Diskussion um solche Fachbegriffe und wenden uns gleich den möglichen Ursachen zu, die nebenbei auch noch genügend Unklarheiten übrig lassen.

Was kann zur chronischen Müdigkeit führen?

- **Ungesunde Lebensweise**

Chronische Müdigkeit kann Folge eines Lebensstils sein, in dem die kräftezehrenden, wenn nicht gar auslaugenden Aspekte überwiegen und zumindest nach und nach Entspannung, Regeneration und Erholung zu kurz kommen. Das beginnt mit einer für unsere Zeit typischen Lebensweise (siehe das Kapitel *Zeitalter der Manie?*) und geht über die bekannten stress-intensiven Fehler in Beruf und Freizeit bis hin zum fortlaufenden Schlafdefizit (siehe das entsprechende Kapitel über *Schlafstörungen*). Dies alles scheint zumindest für die westlichen Zivilisationsländer charakteristisch zu sein – und hat sein Preis.

Dazu gehören natürlich auch der unkritische Konsum von Alkohol, Zigaretten und sonstigen Genussmitteln, von Rauschdrogen ganz zu schweigen. Und der ganz offenkundige und auch noch zunehmende Bewegungsmangel der überwiegenden Mehrzahl der Bevölkerung.

Menschen mit einem solchen – mittel- bis langfristig im Grunde selbstzerstörenden, krankheits-fördernden und damit letztlich die eigentlich statistisch zustehende Lebenserwartung verkürzenden – Lebensstil fühlen sich dann oft schon in den „besten Jahren“ chronisch müde, rasch erschöpft, ausgelaugt, seelisch-körperlich überfordert, energie- und lustlos u.a. Und wenn dann noch

die Reihenfolge „erschöpft → verbittert → ausgebrannt“ droht, dann haben wir es mit dem nächsten Problem zu tun, nämlich dem

- **Burnout-Syndrom**

Das Burnout-Syndrom ist zwar noch keine allseits anerkannte Krankheit, aber ein Leiden, das einem gefährlichen Schwelbrand vergleichbar um sich greift, immer mehr Männer und Frauen (und nicht die schlechtesten!) bedroht, seelisch, geistig, körperlich und psychosozial ruiniert und zuletzt nur noch verbitterte und vielleicht gar noch zynische Opfer übrig lässt. Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über das *Burnout-Syndrom*.

- **Wetter, Klima und chronische Müdigkeit?**

Wetter und Klima gehören neben Gesundheit und aktuellen Fragen aus Sport, Wirtschaft und Politik zu den häufigsten Gesprächsthemen. Dies betrifft vor allem die Wetterfühligen, und das ist in unseren Breiten ein gutes Drittel der Bevölkerung: Frauen mehr als Männer, Ältere mehr als Jüngere (die aber aufzuholen beginnen), seelisch und körperlich Beeinträchtigte mehr als Gesunde.

Doch Wetterfühligkeit ist kein Leiden an sich. Meteorologische Faktoren treffen alle gleich. Nur die Reaktion darauf fällt individuell aus (siehe oben).

Als die häufigsten und wahrscheinlich auch belastendsten witterungsabhängigen Beschwerden gelten unruhiger Schlaf, Merk- und Konzentrationsstörungen, Arbeitsunlust, Miss-Stimmung, Kopfdruck, vermehrte Fehlerneigung, vegetative sowie Herz- und Kreislaufstörungen (z. B. Schwindel, Flimmern vor den Augen, Herzbeschwerden), degenerative Veränderungen von Wirbelsäule und Gelenken und sogar Störungen der Sinnesorgane (vor allem Sehen und Hören, besonders bei vorbestehender Beeinträchtigung).

Außerdem ein Phänomen, das erst einmal als nicht sonderlich „krankhaft“ eingestuft wird, nämlich: Müdigkeit, Mattigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, zumindest aber mangelnde Frische, Aktivität und Leistungsfähigkeit. Einzelheiten siehe die Fachliteratur (Fachbegriffe: Medizin-Meteorologie, Biometeorologie, Klimatologie bzw. Meteoropathie, Wetterfühligkeit, Wetterempfindlichkeit).

Dass vor allem extreme Wetterwechsel nicht ohne Einfluss bleiben, besonders bei seelischen oder körperlichen Schwachpunkten, wo Kaltfront, Warmfront, Föhn u.a. besonders nachhaltig angreifen können, wird weitgehend anerkannt. Doch auch das Klima hat seinen Einfluss, und hier insbesondere etwas, was jeder aus seinen Reisen in den Süden kennt: Hitze, vor allem die sommerliche

Wärmebelastung in Form von *Schwüle*, d. h. hoher Temperatur und hohem Wasserdampfgehalt der Luft.

Schwüle gehört zu den riskantesten klimatischen und meteorologischen Gefahren, weshalb bei labiler Gesundheit selbst die Urlaubsplanung unter bioklimatischen Gesichtspunkten zu prüfen ist (und von der Ärzteschaft auch durchaus individuell beurteilt wird). Ohne Alternative, aber nicht minder belastend ist sie aber auch im Alltag zu Hause (und dazu noch bei den üblichen Leistungs-Anforderungen), wenn es sich um einen zwar ersehnten, letztlich aber dann doch zu heißen bis schwülen Sommer handelt. Und hier nimmt dann die ohnehin verbreitete Müdigkeit oder Mattigkeit noch zu, nachvollziehbar zwar, bei Menschen mit Mehrfach-Belastung, die auch andere Müdigkeits-Ursachen einschließt, natürlich doppelt.

Schlussfolgerung: Schwülebelastung macht müde, matt und abgeschlagen, vor allem in jenen Breiten, in denen die Bevölkerung bisher darauf gesundheitlich nicht eingestellt war (und sich auch nicht nach einem schwülen Sommerurlaub im Süden wieder in ihren wohl-temperierten heimischen Regionen erholen kann).

- **Chronische Müdigkeit im Alter**

Zuletzt sei auf etwas hingewiesen, das eigentlich keiner Diskussion bedarf: die chronische Müdigkeit oder treffender *Mattigkeit im „dritten Lebensalter“*. Sie beginnt in der Regel schon während der Wechseljahre (wobei es auch ein um einige Jahre verschobenes Climacterium virile gibt, das wird gerne vergessen) und verstärkt sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten bis zu einem geradezu alters-typischen Syndrom, das die Geronto-Psychiater früher unter die so genannten allgemein-nervösen Störungen einordneten: ständig müde, matt, rasch erschöpfbar, antriebs-gemindert bis schwunglos. Viele Betroffene (und ihr Umfeld) bezeichnen sich auch als träge, überdrüssig, gleichgültig, „erledigt“, „ständig abgespannt“. Und wenn das Ganze noch komplizierter werden soll, dann zusätzlich (!) innerlich unruhig, nervös, fahrig, vielleicht sogar gereizt, ängstlich, klagsam. Das alles kann zu einem Syndrom (also zu einem zusammenfassenden Komplex von Krankheitszeichen führen, dann muss man allerdings herausfinden, was die Krankheits-Ursache ist), es kann sich aber auch um einen normalen (Fachausdruck: physiologischen) Zustand handeln, der bereits das Rückbildungsalter etwa zwischen 50 und 70 Jahren, vor allem aber das höhere und insbesondere hohe Lebensalter prägt.

Entscheidend ist die Erkenntnis, dass die Müdigkeit oder chronische Mattigkeit in diesem Zeitabschnitt nicht (nur) als lästig oder gar krankhaft empfunden

werden soll, sondern auch als zweckmäßiger „Indikator“ (Gradmesser und Anzeiger) der verfügbaren Reserven, die es so wirtschaftlich wie möglich einzusetzen gilt. Wie selbst in den „besten Jahren“ ein solches körperliches und damit auch seelisches, geistiges und psychosoziales Kräfte-Depot in kurzer Zeit sinnlos verschlissen werden kann, zeigt beispielsweise die krankhafte Hochstimmung, die Manie, die entweder in einer seelisch-körperlichen Erschöpfung oder gar Depression zu enden pflegt. Kurz: Chronische Müdigkeit oder besser: alterstypische Mattigkeit ist kein beklagenswerter Zustand, sondern ein für Gesundheit und langes Leben unersetzliches Regulativ.

Warum aber wird diese Selbstverständlichkeit hier so ausführlich dargelegt? Weil sie zwar bekannt, aber nicht (mehr) akzeptiert ist, und zwar als bedenklicher Teil-Aspekt unserer Zeit und Gesellschaft. Was heißt das?

Wir leben in einer Epoche, die „zunehmend an Fahrt gewinnt“, sei es innerseelisch, zwischenmenschlich, gesellschaftlich, wirtschaftlich, sei es im Informations- und Freizeitbereich usw. Überall beginnt sich eine spezifische Atmosphäre aufzubauen, von den Medien und insbesondere der Werbe-Psychologie unterstützt bis aufgeheizt, von den Menschen – zu Konsumenten degradiert – manchmal skeptisch, manchmal ironisch, letztlich aber unkritisch übernommen und vor allem sorglos bis selbstzerstörerisch praktiziert. So etwas nennt man dann aktiv, dynamisch, kreativ, innovativ, produktiv, auch wenn es eher unersättlich, ruhelos, getrieben, hektisch und riskant ist. Das hat – wie nicht anders zu erwarten – die Jugend fest im Griff, nagt an der seelischen und körperlichen Gesundheit der nachfolgenden Generationen, insbesondere in den „besten Jahren“, lässt die Menschen im Rückbildungsalter an sich zweifeln wenn nicht gar verzweifeln („schon altes Eisen?“) und verunsichert sogar vernünftige Menschen im „dritten Lebensalter“, die sich eigentlich auf ruhigere, ausgewogene und vor allem kräfte-schonende Bahnen zubewegen sollten.

Da kann es dann nicht ausbleiben, dass die physiologische Mattigkeit in diesem Lebensabschnitt als Defizit oder gar krankhaft missdeutet und vielleicht sogar durch riskante „Korrektur-Versuche“ dann tatsächlich folgenschwer wird: Genussmittel, insbesondere Stimulationsversuche, überzogene körperliche Aktivität bis hin zum Gefahrensport, grenzwertige Reise-Aktivitäten bis hin zum Gefahren-Tourismus, sonstige suspekte Maßnahmen.

Oder kurz: Es gibt auch eine „chronische Müdigkeit“, die diesen Namen nicht verdient und so auch nicht herabgesetzt werden soll, sondern tatsächlich ein regulierender, insbesondere die Reserven schonender Automatismus von Seele, Geist und Körper ist. Und wer das nicht erkennt und vor allem akzeptiert, vielleicht sogar noch einen kräftemäßig „verschwenderischen“ Lebensstil

praktiziert, sollte sich nicht wundern, wenn ihn die chronische Müdigkeit als *krankhafte* Reaktionsform zuletzt doch noch einholt.

Neben diesen mehr oder weniger steuerbaren bzw. zu akzeptieren Beeinträchtigungen im Bereich von Gesundheit, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Bekanntenkreis, Arbeitsplatz, Freizeit u.a. gibt es die chronische Müdigkeit als Folge körperlicher und seelischer Erkrankungen. Im Einzelnen:

- **Chronische Müdigkeit durch körperliche Erkrankungen**

Chronische Müdigkeit durch körperlicher Erkrankungen kann insbesondere durch internistische und neurologische Leiden ausgelöst werden. Daneben gibt es allerdings noch andere medizinische Disziplinen bzw. ihre Krankheitsbilder, bei denen ebenfalls eine chronische Müdigkeit drohen kann, z. B. orthopädische (chronische Schmerzbilder durch Wirbelsäulen- und Gelenkleiden), HNO-ärztliche (chronischer Tinnitus), augenärztliche (schwere Sehstörungen, wenn nicht gar Blindheit), ja sogar hautärztliche (chronische Hautleiden, die beispielsweise durch nicht abstellbaren Juckreiz zermürben) u.a. Doch an erster Stelle der organischen Ursachen stehen die erwähnten internistischen und neurologischen Leiden. Im Einzelnen:

- **Internistische Erkrankungen:** Hier findet sich das breiteste Spektrum möglicher Müdigkeits-Ursachen. Dazu gehören (in Fachausdrücken, Erläuterung siehe Spezial-Literatur):

Maligne Tumoren, hämatologische (Blut-)Grunderkrankungen, Elektrolyt- und Wasserhaushaltsstörungen, Autoimmunerkrankungen, lokalisierte oder systemische Infektionen, auch tropische Entzündungen (Tourismus!), endokrine Leiden, Vitaminmangelsyndrome oder Mangel an Spurenelementen, schweres Übergewicht, Intoxikationen, Nebenwirkung bestimmter Arzneimittel u.a.

Bei den endokrinologischen Erkrankungen sind es beispielsweise Morbus Addison, Hypothyreose, Morbus Cushing, Hypophyseninsuffizienz (Hypopituitarismus) und ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus.

Chronische Müdigkeit finden sich aber auch bei verschiedenen Formen von Testosteronmangel bei Männern und bei endokrin bedingter Adipositas (metabolisches Syndrom).

Bei den so genannten exogenen (von außen einwirkenden) Ursachen muss man insbesondere an die Möglichkeit von Intoxikationen (Vergiftung) und an die Nebenwirkungen von (vor allem sedierenden, beruhigenden, dämpfenden) Medikamenten denken. Weitere Einzelheiten dazu siehe später.

- **Neurologische Erkrankungen:** Bei den neurologischen oder im Rahmen der Neurologie mitbehandelten Leiden sind es vor allem eine Reihe von Hirntumoren (insbesondere Hypothalamusbereich), die zuerst durch Tagesschläfrigkeit auf sich aufmerksam machen, ferner nächtliche Krampfanfälle (nächtliches Einnässen, Blut- und Speichelspuren auf dem Kopfkissen, ohne Erinnerung am nächsten Tag, dafür aber Müdigkeit und Abgeschlagenheit), schließlich Schädel-Hirn-Unfälle, Enzephalitis/Meningitis (Hirn- bzw. Hirnhautentzündung), die zu einer so genannten symptomatischen Hypersomnie (zu viel an Schlaf) führen können. Schließlich kataplektische Attacken im Rahmen einer Narkolepsie (siehe das entsprechende Kapitel), die morgendliche Schlaftrunkenheit (Fachbegriff: Non-REM- oder symptomatische Hypersomnie) bzw. episodische Hypersomnie (z. B. das Kleine-Levin-Syndrom) und nicht zuletzt das mehrere medizinische Fächer beschäftigende und immer häufiger werdende Schlaf-Apnoe-Syndrom (nächtliches lautes Schnarchen mit langer Atempause („Aussetzer“) und hier oft Männer mit Übergewicht).

Weitere neurologische, insbesondere neuromuskuläre Erkrankungen mit Müdigkeitsfolgen sind die Multiple Sklerose, die Myasthenia gravis, die Myopathien u.a.

- **Arzneimittel:** Zu den erwähnten exogenen (äußeren) Ursachen gehören insbesondere bestimmte Arzneimittel, die müde machen können, selbst wenn man sie abends einnimmt, die Nachwirkungen aber bis in den nächsten Tag hinein reichen. Die häufigsten Beispiele sind mittel- und niederpotente Neuroleptika (Antipsychotika), stimmungsaufhellende, aber trotzdem dämpfende Antidepressiva, vor allem aber Tranquilizer (Beruhigungsmittel) vom Benzodiazepin-Typ. Allerdings auch Schlafmittel mit überlanger Einwirkung (Fachbegriff: hang over) sowie bestimmte Antihypertonika (Hochdruckmittel).

Dabei muss es sich gar nicht um Missbrauch oder gar Abhängigkeit handeln, es führen auch ärztlich kontrollierte Arzneimittel mit entsprechender Beeinträchtigung zu Tagesmüdigkeit bzw. chronischer Müdigkeit. Das erläutert der Arzt dann auch schon bei der Rezept-Ausstellung und es steht natürlich in dem Beipackzettel.

Chronische Müdigkeit ist übrigens auch durch Psychosimulantien (Weckmittel, Putschmittel, meist Amphetamine) nicht auszuschließen, die doch eigentlich „beleben, frischer und aktiver“ machen sollten (in etwas weniger ausgeprägter Form übrigens auch bei den Appetitzüglern mit chemisch ähnlicher Struktur). Die auf den ersten Blick irritierende Ursache (Weckmittel sollen müde machen?) liegt in der Kipp-Reaktion bei längerfristigem Ge- bzw. Missbrauch, was zuletzt zu Müdigkeit, Mattigkeit und Konzentrationsstörungen führen kann, wobei an die ursprüngliche Anregung eine dann aber unangenehme innere Unruhe bis Überdrehtheit erinnert, trotz „ausgelaugter Erschlaffung“.

Zur Frage der Rauschdrogen- und Medikamenten-Abhängigkeit mit ihren Müdigkeits-Folgen siehe später.

Müdigkeit als Symptom seelischer Störungen

Müdigkeit, vor allem krankhafte Müdigkeit (siehe Einleitung) findet sich aber auch häufig bei psychischen Erkrankungen. Hier ist dann neben dem Hausarzt und der internistischen Abklärung der Psychiater oder Nervenarzt gefragt.

Welches sind nun die häufigsten Müdigkeits-Ursachen aus psychiatrischer Sicht?

- **Depressionen** stehen an erster Stelle, und zwar sowohl nach Häufigkeit als auch Intensität des Beschwerdebildes. Man spricht von etwa 10 bis 15 (wenn nicht gar mehr) Prozent von Betroffenen in der Allgemeinbevölkerung. Die Zahl der lästigen bis quälenden seelischen, körperlichen und psychosozialen Symptome geht in die Dutzende. Zu den psychosomatischen Konsequenzen (seelische Störungen äußern sich körperlich, wenngleich ohne fassbare Ursache) gehören auch Klagen wie passiv, schwach, kraftlos, leicht und schnell ermüdbar bis erschöpfbar (schon nach kleinen Anstrengungen oder Routinearbeiten), ohne Aktivität, Initiative, Schwung, Antrieb, Spannkraft, Ausdauer, Geduld, schließlich sogar willenlos, welk, matt, ja apathisch bis seelisch-körperlich versteinert. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel über die *Depressionen*.

Das Gegenstück einer Depression, nämlich die manische Hochstimmung, braucht fast keinen Schlaf (bzw. nutzt einen kurzen, aber überaus erquicklichen Tief- und Traum-Schlaf) und ist aktiv wie noch nie. Dies wird man aber später durch eine Erschöpfung („Kahlschlag der Reserven“), wenn nicht gar durch eine depressive Phase „bezahlen“ müssen. Und hier sind es dann ebenfalls Tagesmüdigkeit, Schwunglosigkeit, Initiativlosigkeit u.a., mit Depression qualvoll, ohne Depression zumindest belastend.

- Zu den **neurotischen Störungen** zählte man früher die Angstneurose, die Phobien, die neurotische Depression, die Hypochondrie, Hysterie u.a. Heute wird das alles anders definiert und klassifiziert, was die Situation zumindest für den Laien noch schwerer überblickbar macht. Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel über *Neurosen einst und heute*.

Bemerkenswert ist auf jeden Fall, dass solche oft mittel- bis langfristigen neurotischen Leiden bisweilen als „überdreht“ erscheinen, im Grunde aber über eine chronische Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und damit Antriebsschwäche klagen.

Umgekehrt – so die Psychotherapeuten – kann sich Müdigkeit auch als so genanntes Konversions-Symptom äußern (vom lateinischen: conversio = Wendung, also der unbewusste Versuch, einen verdrängten seelischen Konflikt in ein körperliches Krankheitszeichen umzusetzen; eindrucksvolles Beispiel: hysterische Blindheit ohne organische Ursache). So kann sich beispielsweise bei Konflikten Müdigkeit als Schutz-Symptom einstellen und den Betroffenen davor bewahren, sich zu einem in seinen Augen oder für seine Umgebung unannehmbaren Verhalten hinreißen zu lassen (z. B. Wut- oder Eifersuchtsreaktionen). Dadurch bleibt er müde, matt und abgeschlagen, und zwar ohne organischen Grund, schützt sich aber vor einem gesellschaftlich oder von seinem eigenen Wert-Muster nicht akzeptierten „Fehlverhalten“, wenngleich auch um einen hohen Preis. Weitere Einzelheiten dazu siehe entsprechende Fachliteratur.

Ähnliches gilt übrigens auch für nicht wenige Ess-Störungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) und weitere psychogene (rein seelisch ausgelöste) Funktionsstörungen. Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel.

Und für **Persönlichkeitsstörungen**, bei denen ja nicht nur „unruhige“ bis „unzumutbare“, wenn nicht gar grenzwertige oder kriminelle, sondern auch ängstliche, vermeidende, asthenische (hilflos-schwache), zwanghafte u.a. Persönlichkeiten vorkommen. Und diese zweite Gruppe ist es dann vor allem, die mit einer chronischen Müdigkeit zu ringen hat, die sie ständig im Alltag „ausbremse“. Einzelheiten siehe die speziellen Kapitel.

- **Rauschdrogenkonsum, Alkoholismus und Medikamenten-Missbrauch:** Nicht zu vergessen sind die Suchtkrankheiten, von denen viele Betroffene, gleich welcher Substanz sie erlegen sind, über chronische Tagesmüdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Schwunglosigkeit, ja über müde, matt und abgeschlagen klagen. Und wenn sie versuchen, sich mit oder ohne ärztlich-psychologische Hilfe davon zu befreien, wird sie in der Entzugs-Phase vor allem eines quälen: ein chronisches Müdigkeits-Syndrom. Und dies oft in Kombination mit innerlich unruhig, nervös und gespannt, einer überaus zermürenden seelisch-körperlichen Kombination. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel.
- Auch **Psychose-Erkrankte** klagen häufig über Müdigkeit, und zwar sowohl die endogenen (biologischen) Psychosen Schizophrenie und schizoaffektive Störung (bei der Depressionen und manische Hochstimmungen parallel zu schizophrenen Erkrankung vorkommen) als auch exogene (durch äußere Ursachen ausgelöste) Psychosen durch Kopfunterschied, Gehirngefäßverkalkung, Stoffwechselstörungen u.a. Einzelheiten dazu auch hier siehe die entsprechenden Kapitel.

Gibt es Unterscheidungsmerkmale zwischen Müdigkeit aus seelischen oder körperlichen Gründen?

Weil es mitunter sehr schwierig ist, seelische und psychosoziale Ursachen von körperlichen Gründen zu unterscheiden (teils aus mangelndem Wissensstand, dadurch auch nicht konkret diagnostiziert und therapiert, teils auch einfach nicht akzeptiert), haben die Experten Unterscheidungsmerkmale herausgearbeitet, die vielleicht nicht immer so schematisch zutreffen, zur Abgrenzung aber durchaus nützlich sind.

- Beim *zeitlichen Ablauf* findet sich seelisch/psychosozial bedingte Müdigkeit vor allem morgens (bei der Depression beispielsweise als „Morgentief“ oder gar „Morgengrauen“). Dazwischen kann es auch Stunden oder Tage ohne Müdigkeit geben, wobei dieser Wechsel auf keinem ersichtlichen Grund basiert. – Organisch bedingte Müdigkeit durch eine körperliche Krankheit pflegt hingegen während des Tages zuzunehmen (morgens am frischesten, dann schwinden die Reserven bzw. Kräfte).
- *Schlaf* oder die Möglichkeit sich auszuruhen und zu regenerieren bringt bei seelisch bedingter Müdigkeit meist keine, zumindest andauernde Erholung. – Bei organischen Ursachen hingegen berichten die Betroffenen in der Regel über eine zumindest leichte Besserung.
- Die so genannte „*Gewichtung* der Symptome“, oder auf Deutsch: Was wird vom Betroffenen herausgestellt, was eher verleugnet oder gar nicht erkannt, führt ebenfalls zu einem interessanten Unterscheidungs-Kriterium: Seelisch bedingte Müdigkeit lässt die Patienten in der Regel verstärkt über diese Belastung und ihre alltäglichen Konsequenzen klagen. – Organisch müde Kranke hingegen sind zwar genauso oder vielleicht noch ausgeprägter betroffen, stellen aber zumindest dieses Symptom nicht in den Mittelpunkt ihrer Klagen.
- *Körperliche Symptome* lassen sich bei seelisch Ermatteten nicht finden, vor allem nicht jene, die für eine organische Müdigkeit sprechen könnten. Und wenn solche somatischen (= körperlichen) Krankheitszeichen angegeben werden, dann sind sie zumeist psycho-somatischer Natur (seelisch Unverarbeitetes äußert sich dann körperlich, aber ohne nachweisbare krankhafte Befunde). – Bei organisch bedingter Müdigkeit hingegen sind körperliche Symptome durchaus vorhanden, z. B. Appetit- und Gewichtsverlust, Blutbild- und Stoffwechselveränderungen usw.
- Umgekehrt sind *psychische Begleiterscheinungen* bei seelisch bedingter Müdigkeit umso zahlreicher und eindrücklicher, je exakter die Exploration (Untersuchung, vor allem konkrete Befragung durch den Arzt oder Psychologen) ausfällt, beispielsweise Niedergeschlagenheit, Angst, Wahn, Sinnes-täuschungen usw. Hier sind dann auch körperliche Funktionsstörungen möglich, meist als organische Begleiterscheinungen seelischer Erkrankungen, d. h. die erwähnten psychosomatischen Symptome. – Bei organisch

bedingter Müdigkeit hingegen mögen zwar Besorgnis, Furcht vor der Krankheit und ihren Folgen u.a. eine Rolle spielen, keinesfalls aber so entscheidend wie bei seelisch bedingter Müdigkeit bzw. entsprechendem Leiden mit psychogener Ermattung.

Seelische Störungen: die häufigste Ursache chronischer Müdigkeit?

Wenn man in die Statistik chronischer Müdigkeit auch die weniger dramatischen Formen seelischer Beeinträchtigung einbezieht, also die funktionellen oder Befindlichkeitsstörungen (heute Somatisierungsstörung), dann sind die psychischen Leiden wahrscheinlich die häufigste Ursache eines chronischen Müdigkeits-Syndroms.

Und hier ist dann das Wichtigste eine genaue und ausführliche Befragung (Fachbegriff: Exploration) und damit ergiebige Anamnese (Krankheits-Vorgeschichte). Natürlich verzichtet kein Arzt auf eine organische Untersuchung, selbst wenn er sich der seelischen Ursache schon sicher ist. Doch der entscheidende Punkt ist die Biographie des Betroffenen und dabei meist die Frage:

Wann begann die chronische Müdigkeit und was hat sich während dieser Phase in ihrem Leben zwischenmenschlich, beruflich oder wie auch immer abgespielt?

Hier zeigen sich dann oft bestimmte Parallelen zwischen äußeren, also psychosozialen Ursachen und dem Beginn einer seelischen Erkrankung mit ihren spezifischen Symptomen. Allerdings ist es meist die Müdigkeit, die alles überdeckt, und zwar sowohl die auslösende Ursache (die gerne verdrängt oder gar nicht realisiert wird) als auch die anderen Beschwerden.

Zudem charakterisiert die Müdigkeits-Klage auch ein weiteres Phänomen, das nebenbei alle seelischen Störungen belastet: Sie ist weniger ehrenrührig oder gar schambesetzt. Deshalb kommen viele Patienten erst einmal auf diese Beeinträchtigung und dann mit diesem Symptom zum Arzt, bevor sie bei genauer Befragung auch mit anderen Krankheitszeichen herausrücken und damit erst die richtige Diagnose ermöglichen.

Das heißt aber auch, dass bereits Angehörige, Freunde und Berufskollegen durchaus hilfreich eingreifen können, wenn sich eine chronische (!) Müdigkeit „festbeißt“ und das Umfeld gezielte Fragen stellen darf – sofern die Betroffenen den dafür notwendigen Informations- und Wissensstand haben.

DAS CHRONISCHE MÜDIGKEITS-SYNDROM

Hunger, Durst und Müdigkeit kennt jeder (wobei ein echter Hunger, und nicht nur Appetit, in der westlichen Welt wohl am meisten zurückgegangen ist). Müde werden oder müde sein ist also kein Thema, und sogar die chronische Müdigkeit, eine Art dauerhafter Erschöpfungszustand wird immer häufiger beklagt. Und dies vor allem in den „besten Jahren“, wo so etwas die Ausnahme sein sollte, im Gegensatz zum höheren Lebensalter, das von einem physiologischen (normalen) Rückgang von Vitalität, Kraft, Ausdauer, von Leistungs- und Reaktionsfähigkeit bis hin zur ständigen Mattigkeit geprägt ist (was insbesondere dann nicht mehr so schmerzlich auffällt, wenn man es als „physiologischen Schongang“ interpretiert).

Was versteht man nun unter chronischem Müdigkeits-Syndrom? Und vor allem: Ist das ein neues Phänomen, ein Charakteristikum unserer Zeit und Gesellschaft?

Die Antwort lautet, wie erwartet: Müdigkeit ist so alt wie die Menschheit und sogar chronische Müdigkeit wurde bereits in den Anfängen der chinesischen Medizin und in der antiken, insbesondere römischen Literatur beschrieben (Cicero, römischer Politiker und Schriftsteller, 106-43 v. Chr., beklagte schon zu seiner Zeit die „Verrohung der Sitten, der Moral und der Veränderung des Körpers durch die Einflüsse des modernen Lebens“ und zwar im Zusammenhang mit der raschen Erschöpfbarkeit durch die „moderne Lebensführung“ – 100 Jahre vor Christi Geburt).

Daraus entwickelten sich übrigens schon damals therapeutische Hinweise, die bis heute gelten (siehe später). Das Mittelalter brachte bekanntlich wenig medizinische Fortschritte und in der Renaissance besann man sich vorwiegend auf die alten römischen Quellen. Erst im 19. Jahrhundert kamen wieder konstruktive Überlegungen auf und hier insbesondere der Begriff der Neurasthenie („Nervenschwäche“), wobei auch die (chronische) Müdigkeit wieder ins Zentrum der Überlegungen vorstieß. Und seither wird dieses Thema in der Allgemeinheit zum ständigen Gesprächsthema und in der Wissenschaft kontrovers diskutiert.

Dies vor allem nachdem schon vor rund 30 bis 40 Jahren auch körperliche Krankheiten, speziell Virusinfektionen ins Gespräch gebracht wurden (siehe unten). 1987 schließlich schuf man den Begriff „chronisches Müdigkeits-Syndrom“ (chronic fatigue syndrome - CFS) – und seither beherrscht diese „Krankheit“ Gesellschaft, Wissenschaft, Medien und Allgemeinheit, obgleich es sie nach Ansicht vieler Wissenschaftler als eigenständige Krankheit gar nicht gibt.

Ein Beweis für diese Kritik, der allerdings nur ironisch gemeint ist, sind u.a. die vielen bedeutungsgleichen Begriffe (Fachbegriff: Synonyme) für diese „Er-

schöpfungskrankheit“, die nachfolgend im Kasten aufgeführt werden (Erklärung siehe Fachliteratur).

Bedeutungsgleiche und -ähnliche Begriffe der „Erschöpfungskrankheit“

Neurasthenie, atypische Poliomyelitis, „Iceland disease“, „royal free disease“, epidemische Neuromyasthenie, idiopathisches chronisches Erschöpfungs- und Myalgiesyndrom, epidemische myalgische Enzephalomyelitis, postvirales Syndrom, benigne myalgische Enzephalomyelitis, chronisches Mononukleosesyndrom, chronisch-infektiöse Mononukleose, chronisch-aktive Epstein-Barr-Virusinfektion, „Lake Tahoe disease“, chronisches Müdigkeits-Syndrom - CFS, postinfektiöses chronisches Fatigue-Syndrom, idiopathisches chronisches Fatigue-Syndrom u.a.m.

Trotz allem aber findet das chronische Müdigkeits-Syndrom in den Massenmedien, insbesondere aber in der Laienpresse große Beachtung. Dabei wird die Situation noch dadurch kompliziert, dass man drei bis vier andere „Störungs-Bilder“ oder „populäre Leiden unserer Zeit“ mit ins Gespräch bringt, ja sogar in manchen Fachkreisen der Meinung ist, sie gehörten (irgendwie) alle zusammen. Diese drei bis vier sind

- das chronische Müdigkeits-Syndrom - CFS
- die Umwelterkrankung oder Multiple chemische Sensitivität - MCS
- die Fibromyalgie - FM
- das Colon irritabile

Einzelheiten dazu siehe später. Allerdings soll schon hier das wissenschaftliche „Grund-Übel“ und seine Folgen vorweggenommen werden, nämlich:

- Viele (scheinbar) Betroffene
- Viele, vor allem kostenaufwendige Untersuchungen ohne letztlich wegweisendes Ergebnis, was die zugrunde liegende Ursache anbelangt
- Keine einheitliche, insbesondere weltweit anerkannte Definition und Klassifikation
- Keine einheitlichen Behandlungs-, ja sogar Vorbeugungs-Empfehlungen
- Immer wieder neue wissenschaftliche Befunde und damit Diskussionsbeiträge, Hypothesen und Theorien.

Was also bleibt, sind folgende Einschränkungen:

- Die erwähnten Krankheitsbilder erfreuen sich großer Beliebtheit bei immer mehr Patienten und werden deshalb lebhaft in den Massenmedien, vor allem in der Laienpresse diskutiert.
- Es fehlt jedoch eine wissenschaftliche Übereinstimmung was Ursache(n) und Krankheitsverlauf anbelangt. Deshalb verwundern auch nicht die weit auseinander liegenden Auffassungen von Schul- und Alternativ-Medizin, was diese „Leiden“ betrifft.
- Patienten mit diesen „Krankheitsbildern“ wenden sich, wenn sie sich von der Schulmedizin enttäuscht oder abgewiesen sehen, oft aber auch schon zuvor verstärkt der Alternativmedizin zu und scheuen in ihrer subjektiv empfundenen Not auch nicht von Außenseiter-Methoden zurück, was die kritische Einstellung der Schulmedizin natürlich noch verstärkt.
- Die Behandlungsansätze sind auf das System „Versuch und Irrtum“ ausgerichtet, oder nüchtern ausgedrückt: Eigentlich weiß man gar nicht, wie, wo und mit was man sich konkret auseinander setzen soll. Deshalb liegen auch keine allseits anerkannten wissenschaftlichen Studien vor, die solche Therapieversuche stützen könnten. Und ohne Wirksamkeitsnachweis ist die wissenschaftliche Schulmedizin natürlich skeptisch – und bleibt es vorerst.

Was wird als Ursache diskutiert?

Fachleute erkennen schon aus den verschiedenen Begriffen (siehe Kasten), welche Vielfalt möglicher oder zumindest diskutierter Ursachen beim chronischen Müdigkeits-Syndrom ins Spiel gebracht werden. Deshalb bleibt vorerst der Satz unwiderlegbar:

Beim chronischen Müdigkeits-Syndrom handelt es sich um ein Beschwerdebild, dem wahrscheinlich mehrere und vor allem ganz unterschiedliche auslösende Faktoren zugrunde liegen.
--

Um aber wenigstens ein wenig Ordnung in die mehrschichtigen Ursachen-Bündel zu bringen, schlug man in Wissenschaftskreisen vier größere Gruppen vor, nämlich

1. postinfektiöse Ursachen (Fachbegriff: postinfektiöses chronisches Müdigkeits-Syndrom) durch bakterielle oder virale Infektionen.
2. Durch seelische und psychosoziale Auslöser verursachtes chronisches Müdigkeits-Syndrom (Fachbegriff: neurasthenisch somatisiertes chroni-

ches Müdigkeits-Syndrom), wenn entsprechende Ursachen objektiviert werden können (z. B. depressive und angstgetönte Störungen).

3. Chronisches Müdigkeits-Syndrom mit Schwerpunkt auf Muskelbeschwerden (Fachbegriff: myalgisches chronisches Müdigkeits-Syndrom), insbesondere wenn die für das Fibromyalgie-Syndrom typischen Schmerzpunkte und Begleitsymptome sowie ein Hinweis auf genetische (erbliche) Aspekte gesichert werden können (z. B. gehäuftes Auftreten von Allergien bei diesen Patienten und in ihren Familien).
4. Chronisches Müdigkeits-Syndrom ohne fassbare Ursache (Fachbegriff: idiopathisches chronische Müdigkeits-Syndrom), bei dem aber trotzdem konkrete Ursachen diskutiert werden müssen, z. B.
 - endokrinologische, toxikologische oder andere umweltbedingte Einflüsse bzw.
 - im Rahmen von autoimmunen organspezifischen bzw. -unspezifischen Erkrankungen (z. B. wenn die körpereigene Abwehr durch bestimmte Krankheiten beeinträchtigt ist).

Die längste Tradition in der Ursachen-Diskussion hat das so genannte infektiologisch-immunologische Modell, nach dem fortlaufende Virusinfektionen in Verbindung mit einem immer schwächer werdenden Immunsystem (körpereigene Abwehr) schließlich zu einem chronisches Müdigkeits-Syndrom führen sollen. Hier war (und ist?) vor allem das Epstein-Barr-Virus (EBV) in der Diskussion, obgleich man von dieser Ursache mehr und mehr abzurücken beginnt. Daneben werden aber auch Herpes-Viren sowie bakterielle, insbesondere Borrelien- oder Chlamydien-Infektionen diskutiert.

Die Kombination aus chronischem Müdigkeits-Syndrom mit der Fibromyalgie (siehe später) beschäftigt speziell die Rheumatologen, während sich die Endokrinologen vor allem um die Erforschung der so genannten Dysregulation verschiedener Hormon-Systeme des Organismus bemühen (z. B. Hypokortisolismus).

Und schließlich werden in der Psychiatrie, insbesondere in der Psychotherapeutischen Medizin und Medizinischen Psychologie die rein seelischen bzw. psychosozial ausgelösten Beschwerdebilder mit chronischer Müdigkeit besonders auf Depressionen oder Angststörungen zurückgeführt, vor allem aber auf die so genannten somatoformen Störungen (körperliche Erkrankungen eines oder mehrerer Organsysteme ohne objektivierbaren Befund: Herz, Kreislauf, Magen, Darm, Lunge u.a.). Und hier speziell auf die Somatisierungsstörungen (früher funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen, auch vegetative Labilität oder Dystonie genannt), zumal sie ohnehin schon rein zahlenmäßig die Liste

seelischer Störungen mit Abstand anführen (auch wenn sie in den Lehrbüchern der Psychiatrie nur randständig berücksichtigt werden, die Allgemeinärzte und Internisten sind da ganz anderer Meinung).

Interessant auch die „Karriere“ des wohl ältesten Fachbegriffes für Erschöpfung, nämlich die Neurasthenie. Diese „Nervenschwäche“ (Beschwerdebild: anhaltende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit und rasche Erschöpfung mit Muskelschmerzen, Schwindelgefühlen, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Reizbarkeit u.a.) wurde früher gerne als Diagnose bzw. Krankheitsbild gebraucht, später verworfen und inzwischen wiederbelebt. (Zynische Bemerkung mancher Kritiker, leider nicht zu unrecht: „Manche Fachbegriffe und damit Leiden müssen einfach warten, bis sie in der psychiatrischen Schulmedizin wieder einmal an der Reihe sind...“) Tatsächlich gilt die Neurasthenie heute wieder als eine mögliche Diagnose bzw. Ursache des chronischen Müdigkeits-Syndroms.

In der Umweltmedizin schließlich diskutiert man die Frage, ob das chronische Müdigkeits-Syndrom nicht auf exogene (äußerliche) Ursachen zurückgeführt werden kann, z. B. als Folge von Umweltschadstoffen (meist Chemikalien) oder sonstigen Belastungen, z. B. „Elektrosmog“ oder derzeit vor allem Mobilfunkanlagen; Fachbegriff: Multiple chemische Sensitivität, früher auch wohl ein wenig ironisch als „Öko-Syndrom“ bezeichnet).

Allein diese knappe Übersicht vermittelt aber schon jetzt eines, und zwar sehr deutlich, nämlich die Schwierigkeiten, die sich allen jenen entgegenstellen, die die chronische Erschöpfung wissenschaftlich und damit diagnostisch und therapeutisch in den Griff bekommen wollen bzw. sollen. Kein Wunder, dass sich die Schulmedizin (derzeit noch) zurückhält, weshalb nicht zuletzt die alternativen Angebote immer einflussreicher werden (was sich allerdings dann gelegentlich rechtfertigen lässt – so um Objektivität bemühte Kritiker –, wenn die Behandlungserfolge für sich sprechen, was nebenbei gar nicht so selten zu sein pflegt: Wer heilt hat recht).

Wie äußert sich ein chronisches Müdigkeits-Syndrom?

Die häufigsten Beschwerden im Rahmen eines chronischen Müdigkeits-Syndroms sind (in abnehmender Häufigkeit):

Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschwäche, Merk- und Konzentrationsstörungen bis zur Vergesslichkeit, manchmal sogar leichte „Verwirrtheit“, ferner Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Halsschmerzen, erhöhte Temperatur, Atemmenge bis Atemnot sowie schmerzhaftes Lymphknoten, Heiserkeit, brennende Schleimhäute von Mund und Nase u.a.

Interessanterweise – und das lässt eine Verbindung zwischen diesen Leidensbildern vermuten – haben auch die Fibromyalgie und die Multiple chemische Sensitivität ein ähnliches Verteilungsmuster.

Als weitere Zusammenhänge finden sich das plötzliche Auftreten („aus heiterem Himmel“), der oft schubförmige Verlauf, der Wechsel von einem Krankheitszeichen zum anderen, die Abhängigkeit der Beschwerden von äußeren Faktoren (z. B. Monatsblutung, Stress, Wettereinfluss) und ihre Beeinflussbarkeit durch körperliche und geistige Aktivität.

Als zusätzliche bzw. schon erwähnte Belastungen, die einen regelrechten Teufelskreis anheizen können, gelten:

- *Schlafstörungen*, vor allem Ein- und Durchschlafstörungen: 30 bis 80% aller Betroffenen beklagen eine deutliche Abnahme der Schlaftiefe und zeigen tatsächlich im Schlaflabor einen verminderten REM-(Traum-)Schlafanteil.
- Eine *verstärkte Infektanfälligkeit*, beispielsweise mit gehäuften Nasennebenhöhlenentzündungen,
- aber auch von Muskulatur und Schleimhäuten von Darm, Blase und Lunge (Stichwörter: Reizdarm, Reizblase, Reizhusten).
- *Spannungskopfschmerzen* bis hin zu Migräne-artigen Beschwerden.
- *Kognitive Einbußen* mit Merk- und Konzentrationsstörungen (Wortfindungsstörungen, Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses).
- *Angststörungen* mit vegetativen Symptomen. Beispiele: schwindelige Benommenheit, Herzklopfen, Schwitzen, Kältegefühl, Mundtrockenheit, Augenbrennen, (wandernde) Missempfindungen, ferner starke Durstgefühle oder Heißhungerattacken. Manchmal regelrechte überfallartige Panikattacken.
- *Depressive Zustände* mit Resignation, Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit u.a.
- *Seh- und Hörstörungen*. Beispiele: verschwommenes Sehen, Tinnitus (Ohrgeräusche), Hörsturz u.a., die bisweilen einem chronischen Müdigkeitssyndrom (und einer Fibromyalgie) vorausgehen können.
- *Psychosoziale Konsequenzen*: Nicht nur auf der so genannten Symptom-Ebene (siehe oben), sondern psychosozial verhängnisvoll sind natürlich die Konsequenzen in zwischenmenschlicher Hinsicht: Partnerschaft, vor allem Ehe, Familie und Erziehung, aber auch Nachbarschaft, Freundeskreis, insbesondere aber im Beruf und Verkehr oder sonstigen Situationen, die

geistige Frische und gesunde Reaktionsfähigkeit verlangen. Man denke nur an Arbeitsplätze mit laufenden Maschinen und die Folgen der Müdigkeit am Steuer, vom Einschlafen („Sekunden-Schlaf“) ganz zu schweigen. Letzteres soll zum Beispiel eine viel häufigere Ursachen von Verkehrsunfällen sein als bisher exakt nachweisbar (die Zahl der müdigkeitsbedingten Verkehrsunfälle variiert sehr stark, nämlich zwischen 1 und 30%, wobei vor allem das Schlaf-Apnoe-Syndrom mit einem erhöhten Unfallrisiko verbunden ist (siehe das Kapitel über Schlafstörungen).

Internationale Klassifikations-Systeme

Nun fordern die weltweit führenden Klassifikations-(Einteilungs-)Systeme, nämlich das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) sowie die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konkrete Haupt- und Nebenkriterien, um die Diagnose eines chronischen Müdigkeits-Syndroms halbwegs sicher und vor allem international vergleichbar festzulegen.

Im nachfolgenden Kasten finden sich deshalb entsprechende Hinweise der tonangebenden Arbeitsgruppen, die sich dieser Aufgabe annehmen, auch wenn das chronisches Müdigkeits-Syndrom bisher nicht als Krankheits-Einheit anerkannt worden ist. Tatsächlich hat aber so manches Leiden, das früher nicht „offiziell“ akzeptiert wurde, über solche Arbeitsgruppen bzw. so genannte Konsensus-(Übereinkunfts-)Konferenzen dann doch noch seinen „allseits respektierten Krankheits-Status erreicht“. Das mag für den Laien verwunderlich klingen, denn krank ist krank und wieso soll man erst krank sein müssen bzw. dürfen, wenn dies von offizieller Seite bestätigt wird. Doch der Hintergrund ist tatsächlich ernsthafter Natur, nämlich das Bemühen, selbst anfangs schwer zu bewertende und damit einzuordnende Beschwerdebilder (also noch keine „offiziellen“ Krankheiten) so lange zu beforschen und damit in konkrete diagnostische Schemata einzubinden, bis sich alle Unsicherheiten halbwegs beseitigen ließen. Und auch dann noch kann so manches Ungeklärte übrig bleiben, nebenbei auch für längst „etablierte“ psychische Störungen.

Zur Definition und Klassifikation des chronischen Müdigkeits-Syndroms (CFS)

- **US-Center for Disease Control (CDC) 1988**

- *Hauptkriterien:*

1. Schwere Erschöpfung mit Reduktion der üblichen Aktivität um mehr als 50% für die Dauer von mindestens 6 Monaten.
2. Ausschluss aller anderen definierten Erkrankungen, die mit schwerer Erschöpfung einhergehen können.

- *Nebenkriterien:*

a. Begleitsymptome

1. mäßiges Fieber
2. Pharyngitis
3. schmerzhafte Lymphadenopathie
4. allgemeine Muskelschwäche
5. Myalgien
6. erhebliche Erschöpfung nach Anstrengungen
7. Kopfschmerzen
8. Arthralgien
9. neuropsychiatrische Beschwerden
10. Schlafstörungen (Schlaflosigkeit)
11. plötzlicher Beginn

b. Objektive Befunde

1. tastbare oder schmerzhafte Lymphknoten
2. nichteitrige Pharyngitis
3. subfebrile Temperaturen unter 38,6°C

Bemerkung: 1988 wurden also noch das Vorliegen multipler Symptome und der Ausschluss seelischer Beschwerden verlangt. Dies hat sich später geändert. Man nahm danach auch affektive (gemütsmäßige) und somatoforme (körperliche Störungen ohne organische Ursache) Krankheitszeichen mit herein.

● **Oxford-Definition, 1991**

1. Schwere Erschöpfung mit Einschränkung der physischen und mentalen Funktionen für die Dauer von mindestens 6 Monaten.
2. Fakultativer Nachweis von Begleitsymptomen wie Myalgien sowie Störungen des Schlafs und des Befindens.

3. Ausschluss aller somatischen Erkrankungen, die mit Erschöpfung einhergehen.
4. Ausschluss folgender psychiatrischer Krankheiten: Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, Suchterkrankung, Ess-Störung oder hirnorganische Psychosyndrome. Kein notwendiger Ausschluss anderer psychischer Störungen wie Depression, Angsterkrankung, Hyperventilation u.a.

● **International CFS-Study-Group, 1995/96**

- *Hauptkriterien:*

1. Unerklärbare, persistierende oder rekurrende Erschöpfung für die Dauer von mindestens 6 Monaten, welche zu einer substantiellen Reduktion der vorherigen Aktivitäten geführt hat.
2. Ausschluss anderer Krankheiten, die die Erschöpfung erklären.
3. Kein notwendiger Ausschluss folgender Erkrankungen: Fibromyalgie, Angsterkrankung, Somatisierungsstörung, reaktive Depression, Neurasthenie und „multiple chemische Sensitivität“.

- *Nebenkriterien:*

1. Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentration
2. Pharyngitis
3. schmerzhafte zervikale oder axilläre Lymphknoten
4. Myalgien
5. Arthralgien
6. Kopfschmerzen
7. kein erholsamer Schlaf
8. Unwohlsein nach körperlicher Anstrengung

Das chronische Müdigkeits-Syndrom gilt nach dieser Einteilung als gesichert bei Vorliegen der Hauptkriterien und mindestens 4 Nebenkriterien.

Erläuterung der wichtigsten Fachbegriffe:

Pharyngitis = Entzündung im Rachenbereich

Lymphadenopathie = Lymphknotenkrankheit, meist -entzündung

Myalgien = Muskelschmerzen

Arthralgien = Gelenkschmerzen

neuropsychiatrisch = Kombination aus seelischen und neurologischen (Nerven-)Beschwerden

Subfebril = Temperatur, noch kein richtiges Fieber

persistierend = fortbestehend

rekurrierend = wiederauftretend

Fibromyalgie = spezielles Krankheitsbild, siehe später

Somatisierungsstörung = früher als funktionelle oder Befindlichkeitsstörung bezeichnet

reaktive Depression = nach schwerer Belastung bzw. Schicksalsschlag

Neurasthenie = früher „Nervenschwäche“, jetzt charakteristisches Beschwerdebild, siehe später

multiple chemische Sensitivität = Umwelterkrankung durch Umweltschadstoffe u.a.

Schlussfolgerung

Wenn man das Ganze noch einmal auf einige entscheidende Aspekte zurückführen soll, bleiben als wichtige Faktoren:

- Ausmaß und Gesamtdauer der Erschöpfung bzw. funktionellen Beeinträchtigungen müssen ein bestimmtes Mindestmaß aufweisen. Außerdem darf es keine körperlichen oder seelischen Störungen geben, die diese Erschöpfung aufgrund ihres eigenen Leidensbildes erklären könnten.

- Vielfalt der Beschwerden, akuter Beginn (oft genau auf den Tag festlegbar), unphysiologische (nach normalen Gesundheits-Aspekten unerklärliche) Erschöpfbarkeit nach seelischen, psychosozialen oder körperlichen Belastungen („so was hat mir früher nie auch nur das geringste ausgemacht“), ferner Hals-, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, vorübergehende Muskelschwäche und Empfindungsstörungen. Im chronischen Stadium schließlich großes Schlafbedürfnis sowie zusätzliche psychische und geistige Beeinträchtigungen (gemütslabil, ungewöhnliche Reizbarkeit, ängstliche und deprimierte Verstimmungen, Merk- und Konzentrationsstörungen u.a.).

Wen trifft das chronische Müdigkeits-Syndrom?

An Betroffenen mangelt es nicht, wohl aber an einer gewissen Einheitlichkeit jener Aspekte, die sich bei besser definierbaren Erkrankungen häufen und damit das gesamte Leidens-Spektrum schärfer fassen lassen.

Was man bisher weiß, sind folgende Erkenntnisse:

- Frauen sind häufiger betroffenen als Männer (2- bis 3-mal öfter?).

- Vom Alter her sind praktisch alle Altersstufen vertreten.
- Sogar Kinder und Jugendliche können beeinträchtigt sein, wobei deren Beschwerdebild dann nicht so ausgeprägt oder auch nur flüchtig nachweisbar ist, am ehesten als Leistungseinbuße in der Schule oder als Entwicklungs-Verzögerung.
- Die Häufigkeit ist schwer festlegbar, vor allem wenn die Definition und Klassifikation noch nicht allseits akzeptiert ist. So spricht man beispielsweise von 2,3 bis 7,4 pro 100.000 Menschen bei den über 18-Jährigen mit einem mittleren Alter von 35 bis 38 Jahren.

In den USA sollen schätzungsweise 10 bis 15 Millionen Menschen von einem Erschöpfungssyndrom beeinträchtigt sein. Die Behandlungskosten sind jedenfalls immens (z. B. Ausschluss internistischer und neurologischer Systemerkrankungen, wiederholte Kontrollen zahlreicher Virustiter, endokrinologische Diagnostik, bestimmte bildgebende Verfahren u.a.), was sich zu gigantischen Summen addieren kann – ohne dass am Schluss ein weiterführender organischer Befund vorliegt, die Diagnose lediglich umstritten und der Patient weiterhin auf der „diagnostischen Wanderschaft“ bleibt.

Was diskutiert man für Ursachen?

Um es gleich noch einmal vorwegzunehmen: Die Ätiopathogenese (zusammengesetzter Fachbegriff aus Ätiologie = Krankheitsursache und Pathogenese = Krankheitsentstehung) ist unbekannt. Bei einem Teil werden infektiöse Prozesse als Auslöser diskutiert (z. B. noch immer eine Infektion mit dem früher häufiger aufgeführten Epstein-Barr-Virus, der aber als alleiniger Verursacher offenbar nicht mehr in Frage kommt). Ähnliches gilt für andere Erreger wie Borrelien, Chlamydien, Enteroviren, Bornaviren u.a.

Diskutiert werden dafür Störungen der so genannten Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse sowie der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse, d. h. entsprechende Befunde von endokrinen und neuroendokrinen Veränderungen in Blut und Nervenwasser. Hier geht es insbesondere um verminderte oder erhöhte Konzentrationen bestimmter *Botenstoffe* (z. B. das Neurohormon Serotonin) sowie anderer körpereigener „Vermittlungs-Substanzen des Zentralen Nervensystems“.

Da sich diese Beschwerden offenbar gehäuft in verschiedenen Familie registrieren lassen, diskutiert man auch eine *genetische (Erb-)Disposition*.

Als *äußere Auslöser* gelten auch langanhaltender Stress bzw. seelische und/oder psychosoziale Belastungen, wie sie durch sexuellen Missbrauch im Kindesalter, durch Schädel-Hirn- oder andere Unfälle, durch Operationen, ver-

stärkte Infektneigung, jedenfalls nicht mehr richtig abheilende „Dauer-Infektionen“ vorkommen können, aber auch Überempfindlichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel oder bestimmte Medikamente u.a.m. Entscheidend scheint sich aber keines dieser Belastungsfaktoren auszuwirken, höchstens als zusätzliche Beeinträchtigung.

Das Gleiche gilt für die *Persönlichkeitsstruktur*, die sowohl beim chronischen Müdigkeits-Syndrom als auch bei der Fibromyalgie (sowie bei der Umwelt-erkrankung und dem Colon irritabile?) gefunden worden sein sollen: Genau bis übergenau, ja perfektionistisch (zwanghaft ordnungsliebend), starkes Gerechtigkeitsgefühl (und hier ein wenig unflexibel?), ehrgeizig und sozial engagiert, aber auch von geringem Selbstwertgefühl geschlagen und nicht selten überaus ängstlich und verletzlich, bis hin zu zwanghaften Befürchtungen (Phobien). Unverkennbar offenbar auch eine etwas hypochondrische Neigung (überzogene Krankheitsfurcht), manchmal sogar mit hysterischem Einschlag.

Zwar finden sich solche Eigenschaften tatsächlich gehäuft, wie die Experten versichern, doch ist man gerade bei der Persönlichkeitsstruktur inzwischen etwas vorsichtiger geworden, was die entsprechende Ursachen-Verknüpfung von Wesensart und Krankheitsbild anbelangt.

CHRONISCHES MÜDIGKEITS-SYNDROM – FIBROMYALGIE – UMWELT-ERKRANKUNG - COLON IRRITABILE

Vier Beschwerdebilder – eine Ursache – ein Syndrom mit verschiedenen Leidens-Schwerpunkten?

Wenn bisher immer vom chronischen Müdigkeits-Syndrom die Rede war, so deshalb, weil es das Thema dieses Beitrags ist. Nun kam aber immer wieder zum Ausdruck, dass zwei, ja drei andere Beschwerdebilder mit dem chronischen Müdigkeits-Syndrom öfter zusammen vorkommen sollen, vielleicht sogar irgendwie miteinander verbunden, wenn nicht identisch sind.

Manche Wissenschaftler sprechen nur von Ähnlichkeit, andere von Verwandtschaft, dritte gar von einer Krankheits- oder zumindest Symptom-Einheit, einem Syndrom, das sich zwar aus verschiedenen, aber irgendwie zusammenpassenden Symptomen (Krankheitszeichen) zusammensetzt.

Bei einem Syndrom kann sich zwar ebenfalls – je nach Verlauf bzw. aktuellem Leidens-Schwerpunkt – entweder das eine oder andere Beschwerdebild in den Vordergrund schieben, doch letztlich gehört alles mehr oder weniger zusammen. Auf jeden Fall lassen sich bei den verschiedenen Zustandsbildern ähnliche vegetative, funktionelle, seelische und psychosoziale Störungen sowie Folgen erkennen. Und auch bezüglich der therapeutischen Strategie bestehen offenbar keine großen Unterschiede.

Dies ist zwar ein kompliziertes Phänomen, aber in der Natur gar nicht so selten. Und auch beim chronischen Müdigkeits-Syndrom wird wissenschaftlich immer öfter diskutiert, dass es doch eigentlich sonderbar ist, wie häufig die Beschwerden von drei, wenn nicht gar vier Leidensbildern zusammen vorkommen, zumindest aber mit wechselnden Schwerpunkten ineinander fließen. Und das sind die schon mehrfach erwähnten

- chronisches Müdigkeits-Syndrom
- Fibromyalgie
- Multiple chemische Sensitivität (Umwelterkrankung, umweltbezogene Gesundheitsstörung)
- Colon Irritabile

Nachfolgend deshalb eine jeweilige Kurzfassung dieser drei Beschwerdebilder, die mit dem chronischen Müdigkeits-Syndrom öfter gekoppelt zu sein scheinen. Im Einzelnen:

● FIBROMYALGIE

Auch die *Fibromyalgie* ist ein eigenartiges Krankheitsbild, das erst in den letzten Jahrzehnten, insbesondere aber Jahren von sich reden machte. Übersetzt lautet es: Schmerz in den Muskeln(fasern).

Lange Zeit wurde dieses Beschwerdebild nicht als eigenständige rheumatologische Erkrankung definiert, sondern dem psychogenen (rein seelisch ausgelöst und unterhaltenen) Rheumatismus zugeordnet. Das heftige Schmerzbild im Bereich der Muskeln, Sehnen und Bänder ließ zwar an eine Entzündung denken, doch dies war laborchemisch nicht zu beweisen. Heute hat sich dieser Begriff international durchgesetzt und wird wie folgt definiert:

Die Fibromyalgie ist ein chronisches Schmerzleiden, das vor allem durch Schmerzen im Bereich der Muskeln und Knochen, durch Morgensteifigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen und Stimmungslabilität charakterisiert ist.

Die **Ursachen** sind unklar, wahrscheinlich eine Kombination aus organischen Schwachpunkten (wenngleich kaum nachweisbar, auf jeden Fall eher geringfügig) und seelischen bzw. psychosozialen Beeinträchtigungen.

Die Zahl der Betroffenen nimmt jedenfalls zu und beschäftigt insbesondere Hausärzte, Internisten, Orthopäden und Rheumatologen, aber nur selten Psychiater und Psychologen, die die Betroffenen fast schon gezielt meiden („bin ich verrückt?“).

Die **Häufigkeit** nimmt zu. Man spricht von 2% der Gesamtbevölkerung (Frauen: 3,4%, Männer: 0,5%). Bei Frauen zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr wird sogar von 7% gesprochen. Damit gehört die Fibromyalgie zu den häufigsten Krankheitsbildern in der Rheumatologie.

Allerdings kann sich das Fibromyalgie-Syndrom bereits im jugendlichen Alter, ja sogar in der Kindheit äußern. Wie bei den Erwachsenen dominieren dann Gelenkschmerzen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen, gelegentlich sogar Magen-Darm-Beschwerden. Häufig wird auch über Kniegelenksschmerzen (mit Schwellungen) geklagt. Auch hier überwiegen Mädchen.

Beschwerdebild: Das wichtigste Symptom ist ein Schmerz, der „überall und nirgends“ quält bzw. sogar wandert („eigentlich tut es mir überall weh“). Am häufigsten wird er im Bereich von Lenden- und Halswirbelsäule geklagt, aber auch in oder zwischen den Schultern, an den Innenseiten der Kniegelenke, an den Hüftknochen, im Gesäßbereich u.a.

Neben diesen Schmerzregionen oder gar Schmerzpunkten (es gibt bereits regelrechte „Landkarten des Druckschmerzes“, Fachbegriff: tender points) beeinträchtigen auch Schweißausbrüche, funktionelle (d. h. ursächlich nicht erklärbare) Magen-Darm- und Herzbeschwerden ohne organischen Befund, ferner Kopfschmerzen, (wandernde) Missempfindungen, schnelles Erröten, bisweilen sogar Bindegewebsschwellungen (z. B. an den Armen) usw.

Weitere Einzelheiten siehe die nachfolgende Tabelle.

Fibromyalgie-Beschwerdebild

- Schmerz
 - vor allem im Rumpfbereich, insbesondere Nacken und Rücken
 - verbunden mit Morgensteifigkeit, subjektiv empfundenen Gefühl der Schwellung im Bereich von Händen, Armen und Beinen (bisweilen sogar durch Flüssigkeitseinlagerungen und damit Gewichtszunahme, die sich aber wieder zurückbildet)
 - Missempfindungen wie Brennen, Kribbeln oder Taubheitsgefühle an Händen und Füßen u.a.
- Müdigkeit und Leistungseinbruch

- selbst auf geringe Anstrengung hin schwere, unphysiologische (nicht erklärbare, krankhaft erscheinende) körperliche, geistige und seelische Erschöpfung

- Schlafstörungen

- nicht erholsamer Schlaf, am Morgen wie „gerädert“

- Kognitive Störungen

- Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit

- Stimmungslabilität

- depressive Verstimmungen, furchtsam bis zu Angststörungen

- Kopfschmerzen

- insbesondere Spannungskopfschmerz im Bereich von Schläfen und Hinterhaupt

- Magen-Darm-Störungen

- diffuse, schwer objektivierbare Beschwerden im Bereich von Magen und Darm

- Weitere Beeinträchtigungen

- häufiger Harndrang (Reizblase), Schmerzen bei der Monatsblutung (Fachbegriff: Dysmenorrhoe), Neigung zu allergischen Reaktionen bzw. „Pseudoallergien“ auf bestimmte Nahrungsmittel u.a.m.

Unklare Ursachen: Bei genauer Analyse lassen sich zwar oft Zusammenhänge zwischen Beginn der Beschwerden und seelischen Belastungen aufdecken. Eine Steigerung der Beeinträchtigungen findet sich auch nicht selten bei Ermüdung, Stress, Schlafdefizit, aber auch bei Kälte und feuchtem Wetter bzw. Wetterwechsel und durch anhaltende schwere Arbeit ausgelöst. Während Freizeit, Ablenkung und Ferien (sowie kurzfristig auch durch Wärme) gehen vor allem die Schmerzen zurück oder verschwinden gar.

Doch letztlich weiß man bis heute nicht, welche Ursachen diesem Beschwerde-Komplex zugrunde liegen. Einzelheiten dazu siehe auch das Kapitel über die Hintergründe des chronischen Müdigkeits-Syndroms.

Psychologische Aspekte: Nicht selten finden sich aber – speziell nach vorübergehenden oder aktuellen Belastungen – Angst- und Verstimmungszustände, die ja bekanntlich selber ein breites Spektrum an seelischen, psychosozialen und körperlichen (d. h. psychosomatisch interpretierbaren) Beeinträchtigungen entfalten. Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen (siehe Fachliteratur), doch soll noch auf eines hingewiesen werden, das die Ärzte und Psychologen immer wieder irritiert, nämlich ein inadäquates (also in keiner Weise stimmiges, nachvollziehbares) Leidensbild was Zahl, Art und Intensität der Beschwerden anbelangt, die in einem deutlichen Missverhältnis zu den objektivierbaren Befunden einer klinisch-körperlichen Untersuchung stehen. Dazu die oft beklagte Therapieresistenz (d. h. es helfen weder Psycho- noch Soziotherapie und auch keine Medikamente, insbesondere keine Schmerzmittel) und ein häufiger Arztwechsel (Fibromyalgie-Betroffene, überwiegend weiblichen Geschlechts, gehören zu den fast schon „klassischen doctor-shopping bzw. doctor-hopping-Patienten“). Die Kosten sind entsprechend.

Auffällig ist auch der immer wiederkehrende Versuch der Betroffenen besonders das Schmerzbild einseitig hervorzuheben und die offensichtlich gedrückte und ängstliche Stimmungslage beharrlich herunterzuspielen, manchmal sogar in reizbar-aggressivem Ton, wenn der Arzt oder Psychologe darauf anzusprechen versucht.

Die Behandlung ist letztlich ein ungelöstes Problem. Einzelheiten dazu siehe später.

● **MULTIPLE CHEMISCHE SENSITIVITÄT (MCS)**

Multiple chemische Sensitivität (MCS) – Umweltkrankheit – umweltbezogene Gesundheitsstörung – „Öko-Syndrom“ – idiopathische umweltbedingte Intoleranz (IEI) – u.a.

Die Menschen in der westlichen Welt, insbesondere in den so genannten zivilisierten bzw. Industrie-Nationen entwickeln ein eigenartiges Reaktionsspektrum, das vor allem zwei Hauptströmungen kennzeichnet: Erstens eine sorglose Gesundheitseinstellung was (Über-)Gewicht, d. h. Nahrungsverhalten, körperliche Aktivität, Genussgifte (Alkohol, Nikotin), ja sogar Rauschdrogenkonsum und Medikamenten-Abhängigkeit anbelangt. Und zweitens eine wachsende (Über-)Empfindlichkeit gegenüber möglichen umweltbezogenen Gesundheitsstörungen, meist chemischer Art, in letzter Zeit vermehrt auch elektro-physiologisch (Hochspannungsleitungen, Atomkraftwerke, Mobilfunkanlagen u.a.).

Zwar gab es derlei schon immer, doch inzwischen nimmt es derart zu, dass man sich in Wissenschaftskreisen dazu entschlossen hat, hier eigene (bisher

erst einmal überwiegend theoretisch konzipierte) Krankheiten anzunehmen bzw. Diagnosen vorzuschlagen – und sogar entsprechende Forschungszentren einzurichten, um endlich zu fundierteren Erkenntnissen zu kommen.

Eine führende Rolle nimmt hierbei die *Multiple chemische Sensitivität* ein, auch Umweltkrankheit, umweltbezogene Gesundheitsstörung oder – wahrscheinlich ein wenig ironisierend gemeint – „Öko-Syndrom“ genannt (internationaler Fachbegriff: multiple chemical sensitivity - MCS).

Nachfolgend eine nur globale Übersicht, weil „harte“, d. h. wissenschaftlich verlässliche Daten bisher fehlen (obgleich es bereits umweltmedizinische Zentren gibt, die sich interdisziplinär, d. h. durch mehrere Fachgebiete vertreten solchen Fragestellungen ausführlich annehmen. Beispiele: Aachen, Berlin, Bredstedt, Freiburg, Giessen, München u.a.).

Unter einer Multiplen chemischen Sensitivität versteht man ein Leiden mit so genannten polysomatischen Beschwerden (also vielerlei körperlichen Beeinträchtigungen), die von den Betroffenen auf Umweltschadstoffe (meist Chemikalien) oder andere Einflüsse zurückgeführt werden.

Davon fühlen sich diese Patienten belästigt oder gar (langsam) vergiftet und stellen sich deshalb regelmäßig in dermatologischen sowie allergologischen Kliniken bzw. Abteilungen vor.

Dort finden sich aber in der Regel keine stichhaltigen Beweise, was die Betroffenen natürlich nicht befriedigt und zu neuen Untersuchungen aufbrechen lässt (Gefahr des erwähnten doctor-shoppings bzw. -hoppings mit erheblichen Kosten).

Nach der Statistik der bisher auf diesem Gebiet arbeitenden Umweltmedizinischen Zentren bzw. Umwelt-Ambulanzen, die sowohl so genannte selbstberichtete MCS als auch von Hausärzten eingewiesene Patienten untersuchen, gibt es im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doch einige **Besonderheiten** bei dieser Patienten-Gruppe. Dazu gehört ein relativ hoher Anteil von Frauen, ein Altersgipfel um das 50. Lebensjahr, überdurchschnittlich viel Ledige aber auch Patienten mit höheren Schulabschlüssen.

Auffällig ist auch die Vielzahl meist unspezifischer **Beschwerden**, rasche oder dauerhafte, auf jeden Fall unbeeinflussbare Erschöpfungsneigung und diffuse, d. h. uncharakteristische Schmerzbilder. Außerdem ein ausgeprägtes Kausalitätsbedürfnis, wie der Fachausdruck lautet, d. h. die Betroffenen sind von ihrer Umwelt-Schädigung (mitunter fast unkorrigierbar) überzeugt.

In den psychologisch bzw. psychiatrisch orientierten Untersuchungsverfahren fällt immer wieder eine Neigung zur Somatisierung auf, d. h. eine Tendenz zur

„Verkörperlichung seelischer oder psychosozialer Probleme“, früher auch als psychosomatische oder funktionelle bzw. Befindlichkeitsstörungen bezeichnet.

Ferner ein Hang zur Depressivität (was noch keine krankhafte Depression sein muss) und Ängstlichkeit (was nicht identisch ist mit einer krankhaften Angststörung), zu übergenaue, ja pedantischer Wesensart, bis hin zur Zwanghaftigkeit sowie zu hypochondrischen Reaktionen mit überzogener Selbstbeobachtung, die immer gleich an eine Krankheit denken lässt.

Auch finden sich relativ viele der mehrfach erwähnten psychosomatischen Störungen, bei denen sich also seelische und psychosoziale Belastungen in körperlichen Beschwerden ausdrücken, obgleich sie fachärztlich nicht nachweisbar sind, und seien es noch so viele Untersuchungsgänge.

Das Gleiche gilt für psychische Krankheitsbilder, teils die erwähnten (diesmal krankhaften) Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, gelegentlich aber auch Psychosen (Geisteskrankheiten), z. B. eine Schizophrenie mit Wahnideen in Bezug auf verschiedene Umweltgifte (Vergiftungs- und damit gelegentlich auch Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn).

Wie die Fachärzte in den Umwelt-Ambulanzen immer wieder betonen, handelt es sich bei ihrer Klientel um meist sehr schwierige Patienten, die oftmals nicht nur „jammern und klagen“, sondern auch sehr konkrete Informationen (z. B. aus dem Internet) mitbringen, die sie auf ihr eigenes Leidensbild übertragen und dann von den Spezialisten zumindest erläutert bekommen wollen. Diese ihrerseits gehen mit vielfältigen psychologischen und technischen Instrumentarien (z. B. Labor) vor und müssen sich nun um verschiedene toxische („Vergiftungs-“) Reaktionen, Intoleranz-(Überempfindlichkeits-) Reaktionen, um Allergien und Pseudo(Schein)-Allergien, aber eben auch um die Abklärung möglicher psychosomatischer, seelischer und anderer Erkrankungen bemühen.

Die häufigsten Beschwerden sind offenbar Schleimhautreizungen, Atemnot, Magen-Darm-Beschwerden, Herzrasen und Kopfschmerzen.
--

Je nach Klientel bzw. bevorzugter Arbeitsweise der Umwelt-Ambulanz gibt es zwar verschiedene Statistiken, doch scheinen die Hälfte bis zwei Drittel und mehr auf eine allergische oder pseudo-allergische (also eingebildet allergische) Erkrankung zurückzugehen. Und etwa jeder Zweite unter einer psychosomatischen oder psychiatrischen Krankheit zu leiden (Mehrfach-Diagnosen sind offenbar die Regel).

Weitere Einzelheiten zu den bisher vorliegenden Erkenntnissen siehe nachfolgender Kasten.

Multiple chemische Sensitivität - MCS – eine Übersicht

Bei der *Multiplen chemischen Sensitivität (MCS)* finden sich nach bisherigem Wissensstand folgende Hinweise:

- Die *Persönlichkeitsstruktur* soll jenen Patienten ähnlich sein, die unter einem chronischen Müdigkeits-Syndrom leiden (siehe dieses).
- Das Leiden findet sich vorwiegend in reichen Industrieländern. Und dies vor allem bei Einzelpersonen, die zwar häufig von Umwelt-Belastungen beeinträchtigt sind (z. B. Insektizide, Biozide), jedoch in toxikologisch (was Gifte und Vergiftungen anbelangt) unbedenklichen Konzentrationen. Beispiele: Innenräume oder Anwohner von Müllverbrennungsanlagen.
- Meist handelt es sich um eine Vielzahl von Beschwerden, die mehr als ein Organ betreffen (z. B. Kopf, Herz, Atmung, Magen-Darm, Haut sowie die Schleimhaut von Augen, Mund und Nase).
- Organisch findet sich meist ein normaler körperlicher Befund, oft aber auch in der fachärztlichen Prüfung eine (Über-)Reaktion bei selbst niedrigen Dosen, denen der Patient zur diagnostischen Abklärung ausgesetzt wird (und die in der durchschnittlichen Allgemeinbevölkerung keinerlei Reaktion auslösen würde).
- Viele der Betroffenen dokumentieren sehr genau sowohl ihre „chemische Exposition“ (z. B. örtliche oder zeitliche Beeinträchtigungen) als auch die darauf drohenden Befindlichkeitsstörungen mit allen seelischen, psychosozialen und körperlichen Folgen. Und dies unterstützt durch einen meist höheren Bildungsstand und ein im Laufe der Zeit erworbenes umfangreiches Wissen über alle mögliche Belastungsursachen.
- Ursächlich wird in zumindest einigen Fällen eine Über-Empfindlichkeit diskutiert, vor allem was die Schleimhautreizung von Augen, Nase, Mund und Rachen anbelangt (z. B. zentral-nervös gesteuert, d. h. durch überempfindliche Reaktionen bestimmter Gehirnzentren?).
- Häufig findet sich aber auch so genannte disponierende Faktoren, die die Über-Anfälligkeit erst richtig zum Ausbruch kommen lassen. Beispiele: psychosozialer Stress, depressive oder Angst-Reaktionen, zwischenmenschliche Belastungen oder berufliche Überforderungen u.a. Dann kann es zur Übertragung seelischer und psychosozialer Probleme auf die angeschuldigten Umwelt-Schadstoffe kommen (meist Chemikalien), wobei sich aber die unmittelbare Nachbarschaft, oft auch die eigenen Familienmitglieder vielleicht belästigt, aber keinesfalls gesundheitlich geschädigt sehen.

- Relativ charakteristisch ist auch die Einstellung der Betroffenen, was die in ihren Augen „wirklich zuständigen Experten“ anbelangt. Das sind alles ausgewiesene Fachleute, die sich mit Umwelt-Schäden befassen müssen, ggf. auch Internisten, Allergologen, Augen- und HNO-Ärzte, Rheumatologen u.a. – nur nicht Psychiater, Nervenärzte, Psychologen usw., deren Kontakt gemieden oder deren konkrete Diagnose schon von vornherein vehement zurückgewiesen wird („ich bin nicht verrückt, sondern das Opfer bestimmter Umweltbelastungen, die natürlich von den Verursachern oder Behörden aus politischen oder Kostengründen grundsätzlich in Abrede gestellt werden“).

Über die **therapeutischen Möglichkeiten** soll hier nur so viel gesagt werden (Einzelheiten siehe spezielle Fachliteratur):

- Die ausgeprägte und leider oft auch unkorrigierbare Überzeugung vieler dieser Patienten, dass ihre Symptome durch Umwelteinflüsse und sonst gar nichts verursacht sind, führt auch dazu, dass sie jegliche psychologische oder gar psychiatrisch orientierte Behandlungsangebote irritiert bis empört zurückweisen (unzulässige „Psychiatisierungs-Versuche“). Das ist übrigens ein Verhaltensmuster, das auch viele Patienten mit chronischem Müdigkeits-Syndrom und Fibromyalgie zeigen.

Ein gutes Beispiel dafür sind die Amalgam-Plomben in den Zähnen, die mit Quecksilber-Vergiftung in Verbindung gebracht werden und nach Meinung der Betroffenen zu „Mundtrockenheit, Kopfdruck, Schwindel, Nervosität, Merk- und Konzentrationsstörungen, zu depressiven Zuständen, Antriebsarmut, Schlafstörungen, Reizbarkeit u.a.“ führen. Und dies, obgleich Amalgam-Träger Werte in ihrem Munde tragen, die 5- bis 10-fach unterhalb der niedrigsten angegebenen Schwelle für eine toxische (Vergiftungs-)Wirkung bleiben, geben viele Experten zu Bedenken.

Wichtig ist deshalb insbesondere eine gründliche Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese), die auch der Hausarzt und später jeder Nicht-Psychiater, also Facharzt jeglicher medizinischer Disziplin durchführen kann, wenn sie nur psychologisch fundiert ist. Sie kann zwar viel Zeit kosten, versetzt aber letztendlich in die Lage, auf umfangreiche laborchemische oder apparative Untersuchungen zu verzichten, die – wenn sie für den Patienten negativ, d. h. nicht beweis-sichernd enden – ohnehin in Zweifel gezogen und mit weiteren Konsultationen beantwortet werden. Die Kosten kann man sich denken.

Eine gute zwischenmenschliche Beziehung ist und bleibt also das entscheidende Fundament. Und das Gefühl, vom Arzt ernst genommen, nicht unter Zeitdruck gesetzt (viele dieser Patienten neigen zu etwas ausschweifender und perfektionistischer Schilderung) sowie vertrauensvoll akzeptiert zu werden. Nur dann kann sich der Patient seelisch öffnen und bietet jene Hinweise auf seelischer oder psychosozialer Ebene, die hinter seiner „Umwelt-Erkrankung“ stehen könnten. Weitere Einzelheiten siehe später.

● COLON IRRITABILE (REIZ-KOLON, REIZ-DARM)

Das *Colon irritabile*, auch Reiz-Kolon bzw. Reiz-(Dick-)Darm genannt, ist eine Störung der Dickdarmfunktionen, ohne dass eine krankhafte Körperveränderung festgestellt werden kann.

Nach der neuen Klassifikation gehört es zu den somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen und unteren Gastro-Intestinaltraktes (Magen- und Darm-Traktes).

Dazu gehören Beschwerden wie Aufstoßen, psychogene Aerophagie (seelisch bedingtes Luftschlucken), Pylorospasmus (Krampf des Magenpförtners), psychogene Diarrhoe (Durchfall) sowie das psychogene Colon irritabile.

Der Reizmagen und das Colon irritabile, also der Reiz-Darm, sind die häufigsten funktionellen Störungen mit Aufstoßen, Völlegefühl, Druck in der Magengegend, Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung, aber auch Durchfall, Leibschmerzen und Schleimabsonderung. Im Einzelnen:

Häufigkeit: In einer gastroenterologischen Praxis sollen sich bei 30 bis 40% aller ambulanten Patienten, die hier erstmals vorsprechen, die Diagnose eines Colon irritabile finden. Auch beim Hausarzt ist dieses Beschwerdebild fast täglich zu sehen. Möglich ist es schon bei Kindern, wobei das Leiden im Laufe des Lebens immer mal wieder anders gedeutet, benannt, diagnostiziert und behandelt wird. Einige Gastroenterologen behaupten, ihre jüngsten Patienten seien gerade 4, die ältesten weit über 80. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen.

Das **Beschwerdebild** zeichnet sich insbesondere durch eine breite Leidenspalette aus: ziehende, stechende, bohrende Bauchschmerzen mit oft wellenförmigem Verlauf bis hin zu starken Krämpfen. Meist Besserung nach lokaler Wärmeanwendung. Recht häufig und typisch auch die Empfindung eines brennenden Schmerzes. Die Beschwerden zentrieren sich vor allem im Unterbauch, können aber über alle anderen Bauch-Bereiche verteilt sein und lenken dann häufig den Verdacht auf Erkrankungen, die damit nichts zu tun haben, dafür aber dann gezielt behandelt werden, wenngleich unbegründet (z. B. Blinddarm, Gallenkoliken, Verwachsungen usw.).

Häufig besteht auch ein Spannungsgefühl („der ganze Bauch wölbt sich nach vorn“), dazu Durchfall oder Verstopfung. Bei nicht wenigen Patienten strahlen die Beschwerden auch in die „unmöglichsten“ Körperregionen aus, z. B. (abwechselnd) hinter das Brustbein, in den Rücken oder in die Leiste (Symptomwechsel vom Reizdarm zur Reizblase), z. T. sogar bis in die Beine.

Der Arzt fühlt manchmal bei seinem Tastbefund auch einen walzenförmigen Widerstand und der Patient gibt einen Druckschmerz im linken Unterbauch an.

Nicht selten besteht ein ausgeprägter Leidensdruck und eine mitunter langjährige, vor allem erfolglose Vorbehandlung mit einer Vielzahl von Arzneimitteln jeglicher Art, bis hin zu alternativen Heilmethoden. Tatsächlich ist dieses Krankheitsbild (Fachbegriff: Motilitätsstörung) so irritierend (deshalb auch Colon irritabile), dass eine genaue Diagnose eine recht aufwendige Ausschlussdiagnostik verlangt, d. h. Labor, Sonographie, Stuhluntersuchung, Koloskopie, ggf. weitere fachärztliche Konsultationen durch den Gynäkologen, Urologen, Orthopäden, Neurologen u.a.

Soll die Diagnose nach offiziellen medizinischen Kriterien möglichst hieb- und stichfest sein, müssen folgende krankhafte Veränderungen vorliegen: Bauchbeschwerden, Änderung von Stuhlfrequenz und -konsistenz, Beschwerden beim Stuhlgang: plötzlicher Stuhldrang, Gefühl unvollständiger Entleerung, Pressen erforderlich, ferner Abgang von Schleim, Blähungen, Bauch-Spannungsgefühl u.a.

Eines aber fiel schon sehr bald auf, nämlich eine

Enge Beziehung zwischen Colon irritabile und Fibromyalgie

Schon früh führte nämlich eine Reihe vegetativer Auffälligkeiten (siehe unten) bei diesen Patienten zur Vermutung einer rein psychosomatischen Erkrankung (unverarbeitete seelische Störungen äußern sich körperlich, aber ohne organischen Befund). Leider entwickelten aber gerade die dann eigentlich zuständigen psychosomatischen Behandlungsverfahren bei diesem Leiden keinen befriedigenden und schon gar nicht durchschlagenden Erfolg, zumindest in einer ernüchternd großen Zahl von Betroffenen. Umso interessanter ist deshalb folgende Überlegung:

Das Colon irritabile und die Fibromyalgie sind vielleicht ein und dasselbe Leiden, wenngleich mit wechselnden Schwerpunkten.

Zumindest fällt auf, dass die beim Colon irritabile häufig geschilderten Beschwerden wie Schmerzen des Bewegungsapparates, Stressintoleranz, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen u.a. auch zu den wichtigsten Symptomen der Fibromyalgie zählen. Tatsächlich weisen eine Reihe von Vergleichsuntersuchungen auf diese Verwandtschaft hin. Manche Wissenschaftler halten es deshalb tatsächlich für dasselbe Leiden, wenngleich unter verschiedenen Erscheinungsformen.

Natürlich gibt es auch Patienten mit reiner Reizdarm-Symptomatik, doch ist im Grunde immer wieder ein Wechsel zwischen Bauchbeschwerden und anderen funktionellen Störungen zu finden, entweder rückblickend (Erhebung der Vorgeschichte) oder im Verlaufe einer mittel- bis längerfristigen ärztlichen Begleitung.

Nachfolgend eine Zusammenfassung jener Gesichtspunkte, die dafür sprechen, dass alle drei Leiden zumindest eine ähnliche, wenn nicht gleiche Grundlage haben.

Warum chronisches Müdigkeits-Syndrom, Fibromyalgie und Colon irritabile zusammengehören könnten

- deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts
- familiäre Häufung
- oft saisonale Schwankungen, kritisch im Winterhalbjahr
- häufig durch Stress oder Infektionen ausgelöst oder verstärkt
- Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten und Allergien bei einer nicht geringen Zahl der Betroffenen
- und schließlich ein erstaunlich häufiges Zusammentreffen von zwei oder gar drei dieser Beschwerdebilder, gleichzeitig oder hintereinander

Behandlungsempfehlungen: Die Therapie ist schwierig, doch ergeben sich immerhin einige Konsequenzen aus der täglichen Erfahrung:

Wichtig ist vor allem auch hier die alte Erkenntnis: Das Beschwerdebild ist ernst zu nehmen. Sonst droht diesen Patienten eine diagnostische und therapeutische „Sackgasse“, insbesondere aber ein unseliges und dabei noch kostenintensives „doctor-shopping“.

Mit konventionellen Behandlungsstrategien (Flüssigkeit, milde krampflösende Arzneimittel, Quellstoffe, Wärme) ist bei konsequenter Motivation schon viel erreicht. Bei weiterhin bestehendem Leidensdruck und damit Leistungsabfall mit einem Teufelskreis durch Schlafstörungen u.a. können auch bestimmte Antidepressiva versucht werden. Neue Arzneimittel mit gezielter Wirkung auf dieses Leiden sollen in Erprobung sein.

THERAPEUTISCHE ZUSAMMENFASSUNG

Bisher gibt es für alle besprochenen Beschwerdebilder keine effektive, insbesondere kausale Therapie, die die entscheidenden Ursachen beheben könnte (da man sie noch nicht kennt). Man wird also von Fall zu Fall herausfinden müssen, welche Maßnahmen am besten das jeweilige Beschwerdebild beeinflussen. Vor allem darf der Patient über diese Situation nicht im Unklaren gelassen werden. Entscheidend ist also eine gute Arzt-Patient-Beziehung, eine

ungeschönte Aufklärung und konkrete Hinweise, was der Betroffene selber tun kann.

- In *seelische und psychosozialer Hinsicht* gilt es besonders Konfliktsituationen aufzudecken, auf tiefgreifende Störungen des inneren Gleichgewichts zwischen Anspannung und Entspannung hinzuweisen und die Patienten darüber aufzuklären, dass zwischen den bestehenden Lebensbedingungen und den geklagten Beschwerden ein möglicher (meist tatsächlich zutreffender) Zusammenhang besteht.

Hier kommt es vor allem auf eine fachgerechte Erhebung der Vorgeschichte des Betroffenen an, die auf ganz bestimmte Fragen bzw. psychosoziale Zusammenhänge abzielt (siehe Kasten).

Wichtig sind bei der Erhebung der Vorgeschichte vor allem folgende Fragen:

- Gibt es in der Familie des Patienten Hinweise auf ähnliche „Schicksale“ (wobei nicht nur die Eltern, sondern vier Großeltern und deren sowie eigene Geschwister u.a. einbezogen werden sollten)?
- Gibt es in der früheren Vorgeschichte des Patienten ähnliche Episoden, in denen solche Beeinträchtigungen schon einmal auftraten (das kann bis in die Jugend und Kindheit zurückreichen)?
- Wie war die Befindlichkeit *vor* Beginn der jetzt als Störung oder Krankheit empfundenen Beschwerden?
- Gibt es bestimmte Veränderungen im zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, beruflichen, nachbarschaftlichen u.ä. Bereich, die zeitmäßig mit dem Beginn des Leidens zusammenfallen könnten (Auslöser)?
- Lassen sich Schwankungen des Beschwerdebilds im Krankheitsverlauf beobachten (da mal mehr, dort mal weniger)? Werden bestimmte Symptome im Laufe der Zeit durch andere abgelöst, z. B. damals Muskelschmerz, später verstärkte Darmstörungen, danach depressive und/oder ängstliche Zustände u.a.?
- Gab und gibt es Situationen oder Lebensabschnitte, in denen die Beschwerden sich verstärkten oder zurückgingen?

- Neigt der oder die Betroffene dazu, ein besonderes (vielleicht sogar überzogenes) Augenmerk („Gespür“) auf die Wechselwirkungen von Körper, Seele und Umwelt zu legen?

Dies alles sind Möglichkeiten, die den Betroffenen nicht „entlarven“ („Hypochonder“), sondern auf die eigentlichen Ursachen zurückführen sollen. Denn wenn ihm von allen Seiten nur die Unbedenklichkeit seiner geklagten Störursachen bescheinigt werden, das Leidensbild aber unverändert belastet oder gar immer unerträglicher wird, dann kann es nur einen Weg zur Milderung oder gar Heilung geben: die richtige Ursache, z. B. in seelischer Hinsicht.

- Auf *psychologischer Ebene* müssen die Patienten lernen, vermehrt „nein“ zu sagen, und zwar sowohl gegenüber den Forderungen von anderen als auch ihren eigenen Ansprüchen, die meist ebenfalls nicht gerade kräfteschonend sind, was Perfektionismus, Arbeitstempo, Leistungsanforderungen u.a. anbelangt. Was zu viel ist, muss reduziert, wenn nicht abgebaut werden. Es gilt einen neuen Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung zu finden, zu trainieren und vor allem durchzuhalten.
- *Physiotherapeutisch* empfiehlt sich – je nach Beschwerdebild – auch der Einsatz von Kälte oder Wärme (siehe Fibromyalgie und Colon irritabile).

Die Selbstbehandlung mit *körperlicher Aktivität* (täglicher Gesundheitsmarsch bei Tageslicht), *gymnastischen Übungen* und vor allem *Entspannungstechniken* mit konsequenter Anwendung von Autogenem Training, Yoga oder Progressiver Muskelrelaxation sollten eigentlich zur (selbst-)therapeutischen Grundausstattung gehören.

- *Medikamentös* geht es meist um die Linderung des jeweiligen Beschwerdeschwerpunktes, dem man psycho- und soziotherapeutisch sonst nicht befriedend beikommen konnte. Beispiele: Schlafstörungen, Schmerzen, Depressionen, Angstzustände, kräftezehrende innere Unruhe, Nervosität und Anspannung, Muskelverkrampfungen u.a. Demzufolge verordnet der Arzt Schmerzmittel, Antirheumatika, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, stimmungsaufhellende Antidepressiva sowie – meist als ersten Versuch – pflanzliche Arzneimittel wie Johanniskraut, Baldrian, Hopfen, Melisse usw.
- Ziel der übergeordneten *lebensbegleitenden Maßnahmen (Lebensplanung)* ist vor allem eine bessere Stressbewältigung, die Änderung von belastenden Lebensgewohnheiten, der Abbau von Versagensängsten und unnötigen Verstimmungszuständen, vor allem aber die körperliche Aktivität und gesunde Lebensweise in jeglicher Form.
- Wenn es Not tut und der Patient sich deshalb nicht abgewertet fühlt (Verdacht, seine Leidenshinweise würden als Simulation missdeutet, deshalb konsequente Aufklärungs- und Informationsarbeit!), dann empfehlen sich

auch ambulante (notfalls stationäre) psychotherapeutische Maßnahmen, speziell verhaltenstherapeutisch orientiert.

- *Naturheilverfahren* pflegen zwar in der Schulmedizin auf weniger Zustimmung zu stoßen, doch werden ohnehin alternative Therapieverfahren versucht, was gerade bei diesen Patienten durchaus seinen Sinn haben kann (Angst vor Nebenwirkungen chemischer Arzneimittel, die durch die skeptische und furchtsame Einstellung deren Effektivität von vornherein untergraben können). Manchmal bringt sogar die gleichzeitige Anwendung schulmedizinischer und alternativer Behandlungsmöglichkeiten einen erstaunlichen Fortschritt, obgleich dies sicher von beiden Seiten erst einmal abgelehnt wird.

Begleitende Behandlungsmaßnahmen bei chronischem Müdigkeits-Syndrom, Fibromyalgie und Colon irritabile

- *Ernährungsumstellung*: Vermeiden von Süßspeisen und Zucker, wenig Koffein und Alkohol, reichlich Gemüse und Obst, viel Flüssigkeit (2 bis 3 l pro Tag Mineralwasser u.a.), Fischöl (essentielle ungesättigte Fettsäuren) u.a.
- *Bewegungstherapie*: Viel frische Luft (Spaziergänge, täglicher Gesundheitsmarsch, Nordic Walking mit zwei Teleskop-Wanderstöcken zur Entlastung der Gelenke), Gymnastik, wohldosierter Sport, aber auch Tanzen u.a.
- *Entspannungstechniken*: Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelrelaxation, Selbstmanagement zur Stressbewältigung (Nein-Sagen), zur Angstbewältigung, zum psychosozialen „Aufbau“ und zur Vermeidung oder Bewältigung von Konfliktsituationen in Partnerschaft, Familie und Beruf. Rhythmisierung des Tagesablaufs mit Einplanung von Ruhephasen.
- *Physikalische Behandlungsmaßnahmen*: Anwendung von Hitze- und Kältereizen, Dehntechniken oder Massage (vorsichtig), entsprechende Übungsprogramme durch Physiotherapeuten, insbesondere in der Phase der Besserung.
- *Psychotherapie*: Verhaltenstherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutisch), konfliktbearbeitende Psychotherapie, Gruppentherapie u.a.
- *Selbsthilfegruppen* zur Alltagsbewältigung, nützlich vor allem der Austausch von Information und persönlichen Erfahrungen, was den konsequenten Weg der Selbsthilfe angeht. Auch verfügen derartige Organisationen über umfangreiches Informationsmaterial.

Modifiziert nach P. A. Berg

Heilungsaussichten

Die Prognose hängt wesentlich von einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung ab. Dadurch lässt sich auch das Verständnis des Patienten für die Komplexität seines Leidens und seine Bereitschaft fördern, bestimmte Konsequenzen in seiner Lebensführung zu ziehen und diszipliniert die vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen zu befolgen.

Oft vergehen jedoch Jahre, bevor sich eine spürbare Besserung registrieren lässt. Deshalb darf man den Patienten nie (!) die Hoffnung auf Besserung nehmen. Natürlich gilt auch hier die Regel: Je früher die diagnostischen und damit gezielten Behandlungsmöglichkeiten, desto besser die Heilungsaussichten. Grundsätzlich aber: nie aufgeben. Und ein Geheimtipp für Angehörige, Freunde, Mitarbeiter und sogar Therapeuten: sich nicht anstecken lassen ...

Literatur

Derzeit aktuelle und immer mehr Interessenten und sogar Betroffene findende Leidensbilder und damit Themenbereiche, was Beschwerdebild, Ursachen, Vorbeugung und Behandlung anbelangt. Deshalb inzwischen auch ein unübersehbares Angebot an entsprechenden Beiträgen in den Medien einschließlich allgemein verständlicher Sachbücher. Jedoch eher zurückhaltende Publikationen in der Fachliteratur. Dort wird vor allem ein Grundtenor immer wieder deutlich: Es herrscht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Nachfolgend einige wissenschaftliche Publikationen und Kapitel aus Fachbüchern einschließlich des Abstractbandes (Referat-Zusammenfassungen) des DGPPN-Kongresses 2002 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin.

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

*Berg, P. A.: **Synopsis.*** Aus: P. A. Berg: Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

*Berg, P. A. (Hrsg.): **Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom.*** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Berg, P. A.: **Chronisches Müdigkeits-Syndrom/Fibromyalgiesyndrom – Manifestation einer generalisierten neuroregulativen Funktionsstörung?** In: P. A. Berg (Hrsg.): Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Csef, H.: **Chronische Müdigkeit.** Der Internist: 11 (2001) 1495

Egle, U. T. u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch Chronischer Schmerz.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Eberlein-König, B. u. Mitarb.: **Allergologische Aspekte bei Umwelterkrankungen.** Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Eis, D.: **Ergebnisse der deutschen MCS-Verbundstudie.** Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Faust, V.: **Biometeorologie. Der Einfluss von Wetter und Klima auf Gesunde und Kranke.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1977

Faust, V.: **Der gestörte Schlaf und seine Behandlung** (Kapitel Abnorme Tagesschläfrigkeit). Universitätsverlag Ulm, Ulm 1992

Glaus, A.: **Das Konzept Fatigue in der Onkologie: Definitionen, Hintergründe.** In: J. Weis, H.H. Bartsch (Hrsg.): Fatigue bei Tumorpatienten. Karger-Verlag, Basel 2000

Hoffmann A., R. Linder: **Das chronische Müdigkeits-Syndrom (die chronische Erschöpfbarkeit) und seine Beziehung zum Fibromyalgiesyndrom.** In: P. A. Berg (Hrsg.): Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Hummel, T.: **Chemosensitivität bei MCS.** Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Kunert, H.J. u. Mitarb.: **Neuropsychologische Befunde bei MCS-Verdacht.** Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Meier-Ewert, K.: **Tagesschläfrigkeit.** Verlag edition medizin, Weinheim 1989

Moorahrend, U. (Hrsg.): **Problemdiagnose „Fibromyalgie“.** Spitta-Verlag, Balingen 1997

Plass, H.: **Colon irritabile und Fibromyalgiesyndrom.** In: P.A. Berg: Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Podoll, K. u. Mitarb.: **Umwelttoxene als Wahnthema bei psychotischen Störungen.** Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Thiel, T. v. u. Mitarb.: **Selbst berichtete chemische Überempfindlichkeit:** Ergebnisse experimenteller Studien mit Lösungsmitteln. Abstractband DGPPN-Kongress, Berlin 2002

Uexküll, Th. v. (Hrsg.): **Psychosomatische Medizin.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2002

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2000